

Tomo XXVI N° 4

Diciembre de 1952

**BOLETIN
DEL
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
DE
PROTECCION A LA INFANCIA**

Fundador: Dr. LUIS MORQUIO

Director General:
Dr. ROBERTO BERRO
Domicilio: Yi, 1486
Jefe:
Sr. EMILIO FOURNIE

103

Dirección y Oficinas del Instituto:
18 DE JULIO N° 1648 — MONTEVIDEO (URUGUAY)
Dirección telegráfica: INAMPRIN - MONTEVIDEO

INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
DE
PROTECCION A LA INFANCIA
ORGANISMO ESPECIALIZADO INTERAMERICANO

Consejo Directivo — Delegados oficiales

Argentina	Dr. Gregorio Aráoz Alfaro
	" Gerardo Segura (residente en Buenos Aires)
Bolivia	" Cecilio Abela (residente en La Paz)
	(1) (residente en Montevideo)
Brasil	Dr. Joaquim Martagão Gesteira (residente en Río de Janeiro)
	" Walter Jobim (residente en Montevideo)
Colombia	" Héctor Pedraza (residente en Bogotá)
	(1) (residente en Montevideo)
Costa Rica	" Carlos Sáenz Herrera (residente en San José)
	Prof. Emilio Verdesio (residente en Montevideo)
Cuba	Dr. Félix Hurtado (residente en Habana)
	Dra. María L. Saldún de Rodríguez (residente en Montevideo)
Chile	Dr. Guillermo Morales Beltrami (residente en Santiago)
	" Enrique Gajardo V. (residente en Montevideo)
Ecuador	" Carlos Andrade Marín (residente en Quito)
	" Víctor Escardó y Anaya (residente en Montevideo)
El Salvador	" Marco Tulio Magaña (residente en San Salvador)
	" Walter Piaggio Garzón (residente en Montevideo)
Estados Unidos de América	Dra. Martha M. Eliot (residente en Washington)
Guatemala	Sr. Edward G. Trueblood (residente en Montevideo)
	Dr. Ernesto Cofiño (residente en Guatemala)
	(1) (residente en Montevideo)
Haití	Sr. Clément Jumelle (residente en Port-au-Prince)
	(1) (residente en Montevideo)
Honduras	Dr. Romualdo B. Zepeda (residente en Tegucigalpa)
	Sr. Juan H. Doregger (residente en Montevideo)
México	Srta. Francisca Acosta (residente en México)
	Sr. Pedro Cerisola (residente en Montevideo)
Nicaragua	Dr. Emilio Lacayo (residente en Managua)
	" Alfredo Ramón Guerra (residente en Montevideo)
Panamá	Srta. Elsa Griselda Valdés (residente en Panamá)
	Sr. Ernesto B. Fábregas (residente en Montevideo)
Paraguay	Dr. Ricardo Odriósola (residente en Asunción)
	" Fernando Abente Haedo (residente en Montevideo)
Perú	" Otto Fíek Campodónico (residente en Lima)
	" Manuel Villar (residente en Montevideo)
Rep. Dominicana	" Rafael Santoni Calero (residente en Ciudad Trujillo)
	Sr. Miguel Román Pérez (residente en Montevideo)
Uruguay	Dr. Julio A. Bauzá
	" Ernesto Vizcarrondo (residente en Caracas)
Venezuela	Sr. Melquafades Parra Márquez (residente en Montevideo)

Presidente: Dr. Gregorio Aráoz Alfaro

Vicepresidente: Dr. Joaquim Martagão Gesteira.

Secretario: Dr. Víctor Escardó y Anaya.

Director General: Dr. Roberto Berro

(1) Vacante.

BOLETIN
 DEL
 INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
 DE
 PROTECCION A LA INFANCIA

Sumario — Sommaire — Contents

	Pág.
Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia. Montevideo	295
El problema del niño abandonado. Por Hersilia Camacho de Cadena. (Colombia)	295
La Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa del Uruguay. Por Elena Moure. (Cuba)	324
Las Escuelas de Servicio Social de las Américas y sus programas en relación con la protección de la familia y del niño. Por Inés Pedrassa de Leiva (Chile)	350
Los sistemas de colocación familiar, adopción y legitimación en el Uruguay. Por Carlos Humberto Páez (Ecuador)	366
Cunas maternales. Por Alfredo Corzano Arciniega. (Perú)	372
La protección médico-social del prematuro. Por Antonio Pannocchia. (República Dominicana)	397
Casas-cunas. Generalidades. Su función médico-social. Por Rogelio Decanio D. (Venezuela)	402
Algunas observaciones de la División Primera Infancia. Por Aída Fernández de Troyo. (Costa Rica)	408
Breves apuntes de nuestra labor social. Por Elba Ruiz Soto. (Costa Rica)	416
Protección a la infancia en el Uruguay. Por Manuela Aracelly Carrillo. (El Salvador)	419
Visión panorámica del Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia. Por Rigoberto Solano Ayala. (El Salvador)	423
Comentarios sobre algunos temas desarrollados en el Seminario verificado en el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Por Delia de León Castillo y Jilma Grimaldo de Prada. (Panamá)	428
Los Seminarios nacionales en Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Perú, República Dominicana y Venezuela. Conclusiones y recomendaciones	434

Tercera Reunión Regional de Delegados Técnicos en México. (Cuba, Estados Unidos de América, Haití, República Dominicana y México)	460
Homenaje al Profesor Aballí. Nuestro INSTITUTO envía una placa de bronce a La Habana	464
La placa de bronce enviada por el INSTITUTO. (Retrato)	466
En el momento de descubrir la placa, de izquierda a derecha, Prof. Dr. Agustín Castellanos, Embajador del Uruguay Rivera Travieso, Prof. Dr. Angel Vieta, Prof. Dr. Víctor Escardó y Anaya, Prof. Dr. Félix Hurtado (Retrato) ..	466
Conferencias y congresos: I Congreso Centroamericano de Pediatría. San José, Costa Rica. - IV Jornada de la Sociedad Argentina de Pediatría, Mar del Plata. - II Congreso Nacional del Niño. San Salvador, El Salvador. - XIX Congreso Internacional Abolicionista. París, Francia	470
Libros y Revistas: Tratado comparado de seguridad social. Por Carlos Martí Bufill. - Semblanzas y apologías de grandes médicos. Por Gregorio Aráoz Alfaro. - Nuevos capítulos sobre el cocaísmo en Colombia. Por Jorge Bejarano. - Luis Razetti o biografía de la superación. Por Ricardo Archila. - Pedagogía nueva. Por Víctor E. Vivar. L'accés de femmes à l'education. UNESCO. Bureau International d'Education	473
Informaciones: Creación del Ministerio de Asuntos Campesinos. Bolivia. - Reglamento de los riesgos de enfermedad y maternidad. Costa Rica. - "Del Congreso de Panamá a la Conferencia de Caracas. 1826-1853". Bases del concurso. - Fundación Luis Morquio. Tercer concurso de trabajo. Montevideo.	479

BOLETIN
DEL
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO
DE
PROTECCION A LA INFANCIA

**Seminario de Trabajo sobre Administración de
Servicios de Protección a la Infancia - 1952**

En el BOLETIN N° 102, pág. 265 y siguientes se dió cuenta de la Organización del Seminario de Trabajo, de los diversos ciclos comprendidos así como el detalle de las clases teóricas o prácticas. Asimismo se dió el nombre y profesión de los becarios cuyos gastos fueron costeados por la Organización de los Estados Americanos y los que concurrieron por cuenta de las Naciones Unidas.

A continuación publicamos las monografías presentadas por cada uno de los becarios, quienes escribieron sobre un tema libre de su elección, relacionado con la infancia, excepto el trabajo desarrollado por la señora Inés Pedraza de Leiva, a quien pedimos estudiara las informaciones enviadas por varias Escuelas de Servicio Social, respondiendo a una encuesta realizada por el INSTITUTO sobre "Las Escuelas de Servicio Social de las Américas en relación con la protección a la familia y al niño".

Becarios de la O.E.A.

EL PROBLEMA DEL NIÑO ABANDONADO

Por la señora Hersilia Camacho de Cadena

(Colombia)

Al empezar este ligero comentario que solamente servirá como base de una información y como fruto de este Seminario de Trabajo que, me brindó la oportunidad de conocer y estudiar las obras de asistencia social Infantil del Uruguay, quiero primero que todo: hacer pública mi admiración y gratitud hacia este país hermano que abre sus puertas generosamente a toda nuestra América y al tiempo que, nos hace sentir calor de patria, nos contagia de ese espíritu inquieto y batallador de los Uruguayos que llegará pronto a ser ejemplo de nuestro Continente; de este Continente que siente y palpita con un solo corazón por la Causa del Niño de América.

Trataré apenas de hacer un pequeño esbozo de las obras de protección a la Infancia del Consejo del Niño del Uruguay, en forma informativa para ser

conocidas en Colombia, para que el ejemplo y enseñanza de éstas, sean la voz de aliento que llegue hasta aquéllos, que en mi país luchan y con enorme esfuerzo realizan una labor y como estímulo, para los que se hacen los sordos al grito angustioso de la Madre y del Niño de Colombia, que piden protección para ser luego la riqueza de la Patria.

Todos los que nos hemos interesado por "El Niño", que hemos sentido sus dolores, recibido sus alegrías, no podemos menos de ver con satisfacción y con orgullo para nuestra América, la forma en que los hombres de este gran país el Uruguay brindan amparo y protección a todos sus hijos; a esos niños que mañana llevarán con amor la bandera de la patria que supo darles el hogar que les negó la vida.

Al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia doy las gracias en mi nombre y en el de mi país; a sus dirigentes que con tanto celo nos brindaron su ejemplo y saber, sólo puedo decirles: "Muchas gracias" prometiéndoles que aprovecharé sus buenas lecciones llevando a mi país conocimientos y mayor entusiasmo porque el ejemplo de estos espíritus extraordinarios del doctor Roberto Berro, del doctor Víctor Escardó y Anaya, del profesor Emilio Fournié y demás, serán mis animadores y la luz que ilumine el camino de mi Patria amada.

Hersilia Camacho de Cadena

EL CONSEJO DEL NIÑO EN EL URUGUAY

Siendo el Uruguay un país privilegiado desde muchos aspectos, no podemos dejar de reconocer que su mayor riqueza estriba en el hombre, en ese conjunto armonioso del espíritu y el cuerpo, único capaz de hacer grandes realizaciones en la asistencia social, que es la mejor arma para defender un país de las luchas políticas ya que su ejército lo formarán estos niños, que hoy se sientan en un banco de colegial y aprenden la palabra Libertad, no sólo como sonido sino como realidad.

El Consejo del Niño del Uruguay que es el órgano coordinador de los servicios de protección a la Infancia, vino como consecuencia del Código del Niño expedido en el año 1934 y fué a él, a quien se le encargó de todo lo relativo al niño, desde su gestación hasta su mayoría de edad.

El Consejo que viene a ser la familia del "Niño abandonado" se encarga primero: de salvar su vida amparando la madre, de hacerlo crecer sano y robusto, haciendo medicina preventiva y luego estudiando particularmente su desarrollo intelectual, su psiquis y dándole la orientación profesional que lo capacite para ganarse la vida y ser un hombre de bien.

El Consejo del Niño ejerce su labor a través de las siguientes divisiones técnicas:

- 1) Prenatal.
- 2) Primera Infancia.
- 3) Segunda Infancia.
- 4) Adolescencia y Trabajo.

- 5) Higiene.
- 6) Educación.
- 7) Servicio Social.
- 8) Jurídica.

Al mismo tiempo: secciones administrativas: Contaduría — Tesorería — Departamento de Suministros y Producción.

La Prenatal comprende, como su nombre lo indica, el cuidado de la madre y del niño desde su engendramiento hasta la gestación, abarcando la parte médica, social y moral.

En el Uruguay la gestación depende del Ministerio de Salud Pública; pero siendo un problema de conjunto, la madre y el niño, se ha buscado la armonía que del mismo problema deriva. Sin embargo sería de estudiar la posibilidad de fusionarlas en países como Colombia, en el cual sólo ahora podremos crear el "Consejo del Niño". En el Ministerio de Salud Pública funciona un Consultorio Prenupcial que hace labor preventiva y educativa, que guarda armonía y coordinación con los otros servicios.

El Cuidado Prenatal se hace en Montevideo en tres policlínicas hospitalarias y en el resto del país en los hospitales correspondientes o en centros como el de Mercedes, que le presta protección al niño desde la gestación hasta la edad escolar en la misma casa y bajo la misma dirección. El parto y el puerperio se efectúan en los mismos hospitales.

No hay servicios a domicilios sino en casos de mucha urgencia.

El Hospital Fermín Ferreira atiende las grávidas tuberculosas de Montevideo.

Las cantinas maternales funcionan en los Refectorios materno-infantiles, que dependen de la División Primera Infancia.

En Montevideo hay dos refugios de embarazadas, uno depende del Consejo del Niño, División Primera Infancia y otro de Salud Pública. Anexo a ellos funcionan Asilos de Madres con sus niños.

La enseñanza de la Puericultura prenatal se hace en las Maternidades y Policlínicas Ginecitológicas.

La División Prenatal interviene también en los exámenes del personal de empleadas del Consejo, maestras y madres y hace cumplir el art. 37 del Código del Niño que obliga una licencia de un mes antes y después del parto con un salario del 50 %.

División Primera Infancia

Comprende el niño desde su nacimiento hasta los tres años.

Su organismo central: La Casa del Niño, comprende:

- 1) Oficina Central de la División, con sus distintas secciones técnicas y administrativas.

- a) Dirección general técnica.
- b) Secretaría.
- c) Sección Colocación Familiar.
- d) Sección Niños a cargo del Estado.
- e) Sección Servicios del Interior de la República.
- f) Estadística Vital.
- g) Oficina del Niño Prematuro.
- h) Oficina de Coordinación.
- i) Archivo.
- j) Sección Gastos.
- k) Sección personal.
- l) Mesa de Entrada.
Administrador — Pagador.
Sección Custodias — Legitimación adoptiva.

2) **La Cuna Interna.**

Paso transitorio del niño que va a quedar a cargo del Estado y que pasará luego a colocación familiar o al servicio que más le convenga.

El niño prematuro es también interno ya que sus condiciones físicas así lo requieren.

3) **Oficina de Admisión:** Funciona 24 horas para dar ingreso a los niños en la cuna interna y a las madres menores, con sus hijos al Hogar de Madres.

4) **Lactario de leche materna.**

De preferencia para los niños de cuna; en casos especiales para los consultorios y gotas de leche y el excedente se vende al público.

5) **Hogar Diurno o Crèche.**

Para hijos de madres que trabajan, dejan los niños durante el día y los recogen al salir del trabajo.

6) **Sección preparación alimenticia.**

Prepara diariamente 950 mamaderas para niños de la Casa del Niño y Consultorios Gotas de Leche. Además se envían mensualmente 1.000 litros de leche y 354.000 tarros de leche en polvo.

7) **Albergue para madres menores con sus niños y en casos especiales para madres mayores.**

Proporciona a ellas y a sus hijos, un refugio temporal, hasta la regularización de su situación.

Ingresan a él, unas, remitidas por los jueces, con problemas y situaciones variadas, el caso más frecuente el de madres solteras abandonadas por el padre del hijo y por su propia familia.

Si son mayores permanecen en el albergue el tiempo necesario para conseguirles trabajo, además pueden permanecer con su hijo; si son solteras permanecen en el albergue internas un lap-

so mínimo de 3 meses, periodo en que se le proporcionan conocimientos elementales de instrucción primaria, economía doméstica y puericultura; si su conducta es buena se le busca trabajo con el hijo, bajo control de la visitadora y obligándola a concurrir periódicamente con su hijo, al consultorio Gota de Leche de la zona. Se le prevé de carnet de Sanidad. La visitadora concurrirá quincenalmente a la casa para informar si se cumplen las condiciones establecidas y durante este tiempo tratará por todos los medios de solucionar el problema de la menor, sea restituyéndola a su propio hogar, o buscando el padre del hijo y realizando por medio de la oficina jurídica, los trámites correspondientes: inscripciones, reconocimientos, investigaciones de paternidad, pensiones alimenticias, matrimonios, etc., etc.

El Albergue será no sólo un lugar de pasaje sino un verdadero hogar para esas madres y esos niños que necesitan amparo moral y material.

8) Oficina de Colocación Familiar y Lactario.

Todo lo referente a hogares sustitutos y supervisión de lactarios humanos en Montevideo.

La colocación familiar es necesaria y la práctica ha demostrado su eficacia. La sola palabra familia sirve para defenderla y si en verdad algunas veces se encuentran dificultades para su perfecto desarrollo, se pueden pasar estas faltas ya que los beneficios las compensan. En ninguna parte un niño puede estar mejor que con su madre y en su hogar y si esa madre y ese hogar faltan, es el hogar sustituto él sólo capaz de darle el calor y afecto que necesita el ser humano para su formación física y moral.

La colocación familiar puede dividirse en varios grupos:

- 1) familias remuneradas.
- 2) familias libres o gratuitas.
- 3) las cuidadoras o sean las mujeres a quienes se les entrega el niño y que vienen a ser las que sustituyen a la propia madre.

La selección de los hogares debe ser cuidadosa y a cada niño se estudia individualmente antes de confiarlo a una familia. La vigilancia de las visitadoras debe hacerse frecuentemente para evitar así que los menores sean tomados como pretexto para solucionar uno u otro problema económico del hogar. Hay que estar seguro de que el hogar donde va el niño sea sano física y moralmente. Si el niño se coloca a nodriza, vigilar que su alimentación sea natural; si está en artificial, que ésta se realice según indicaciones del pediatra; si ya es mayorcito, que la familia protectora haga cumplir al niño con la obligación escolar.

Debe tenerse un cuerpo técnico de "visitadoras sociales" bajo la dirección médica, que controla oportunamente la situación

del niño y las variaciones que pudieren ocurrir en la familia protectora.

El Uruguay es el país de América que más ha empleado el sistema de "colocación familiar". La última memoria del Consejo del Niño redactada por el doctor Roberto Berro (1934-1940) da las siguientes cifras: División Primera Infancia (hasta 3 años) sobre 800 niños atendidos, 700 en colocación "remunerada" y en 100 en "custodia".

Segunda Infancia (mayores de 3 años). De 5.000 menores, 2.500 en colocación familiar remunerada y 2.500 en custodia (colocación familiar gratuita). En ese tiempo el servicio costaba medio millón de pesos; hoy que han aumentado las remuneraciones el precio será mucho mayor; pero el resultado, además de eficiente resulta económico comparado con el precio de cada niño albergado o en asilo o institución.

La custodia es el primer paso para la adopción o legitimación adoptiva. Es el periodo de prueba de la adaptación del menor y de la familia. En este caso se vigila para que el niño sí sea tratado como hijo y no se le someta a oficios domésticos.

En casos necesarios los niños serán cambiados de hogar, hasta lograr su total adaptación y si por circunstancias especiales no se pudiera conseguir en esta forma, será pasado al Instituto conveniente para su edad y condiciones, ya que hay niños que prefieren una vida de comunidad más que de hogar.

Lactarios.

Esta oficina realiza el examen médico de las aspirantes a nodrizas ordeñadoras y cuidadoras, manteniendo el control sanitario periódico de esas personas.

9) Oficina Jurídica.

Inscripciones de nacimientos, matrimonios, legitimaciones, reconocimientos de maternidad y paternidad, pensiones alimenticias, etc.

10) Servicio Social.

Esta sección, atendida por un jefe especializado en asistencia social, dos visitadoras sociales y dos auxiliares, una de ellas encargada del fichero, desarrolla las siguientes funciones: a) prevención del abandono; b) ayuda a familias indigentes que tienen a su cargo niños menores de 3 años; c) centraliza en su orientación técnica, todas las actividades de las asistentes sociales de la DIVISION.

- a) Cuando se solicita el ingreso de un niño a la cuna y el motivo no obedece a causas sociales especiales, orden del Juez,

etc., se hace previamente un estudio del caso en el Servicio Social. Si se trata de una madre abandonada se le interna con su hijo en el Albergue de Madres, en la sección mayores o menores, de donde saldrá más tarde para ser colocada con su hijo. Si se trata de una madre que trabaja y debe desprendérse de su hijo durante el día, las crèches u hogares diurnos resuelven el problema.

Como en la mayoría de los casos el ingreso de los niños a la cuna se produce por motivos económicos, la visitadora de la zona hará el estudio detenido y en muchos casos evita el ingreso, por medio de ayuda social, económica u otra, haciendo concurrir los hijos menores de tres años al consultorio Gota de Leche de la zona, donde se le proporciona alimentación adecuada, vigilancia higiénico social y tratará de solucionar sus distintos problemas que le afecten: de vivienda, de alimentación, sanitarios, económicos, etc.

Si el servicio social no puede evitar el ingreso del niño a la cuna, trata de reintegrarlo a su hogar, y si sale a colocación familiar, de mantener el vínculo con el medio familiar para restituirlo a la primera oportunidad.

b). La Protección a la Madre Indigente se realiza de acuerdo a un plan semejante. La ayuda se hace, salvo casos muy urgentes, previo informe de la visitadora social sobre las condiciones de la familia, su constitución, medios de vida, hábitos de trabajo, asesorada además por las visitadoras de zona que actúan en los consultorios Gota de Leche. Una vez establecido el subsidio, esta persona debe concurrir regularmente con sus hijos menores de 3 años al consultorio Gota de Leche de la zona y se seguirán solucionando los distintos problemas que presente.

Los recursos con que cuenta el Servicio Social son escasos y siendo los subsidios la mejor manera de evitar el abandono, ellos deben ser amplios y aun cuando sean pasajeros mientras se busca la mejor solución del problema, deben cubrir totalmente las necesidades apremiantes del momento para evitar así la desintegración de la familia.

Aquí tropieza el Uruguay, como todos nuestros países, con el grave problema de falta de visitadoras sociales; todos estos servicios tienen como eje, podríamos decir como mano derecha, la labor de las trabajadoras sociales; sin ellas no se podrá corregir el mal porque no podrá conocerse. Por este motivo, encontramos la falla de que Señoras de buena voluntad, pero de escasísimos conocimientos presten este servicio. De los males el menos, y mientras el Uruguay como Colombia y otros países presen-

ten este déficit de trabajadoras sociales, seguiremos adelante aún cuando sea en esta forma, sin olvidar por ello el grave problema y tratar de buscarle mejor solución.

11) Laboratorio de Análisis Clínicos, Rayos X. Sala de Autopsia.

Como su nombre lo indica, presta todos los servicios necesarios, cuenta con un médico especializado y secundado por auxiliares.

12) Acción docente y orientación técnica.

Comprende un programa de especialización. Cursos oficiales de puericultura y medicina social o estudiantes de 6º año de medicina, cursos de perfeccionamiento a asistentes sociales. Curso oficial de Puericultura a estudiantes de magisterio, reuniones periódicas del Director con el personal técnico de la División (Médicos, Asistentes Sociales, etc., etc.).

Su importancia no se discute; ello lleva al mejor funcionamiento de los servicios y soluciona en parte el problema arriba anotado de la falta de personal técnico completo.

13) Propaganda sanitaria social.

Siendo mejor prevenir que curar, se le debe dar gran importancia a esta sección que hace con su propaganda radial, mural, cinematográfica, en la prensa y folletos, etc., medicina preventiva.

14) Coordinación con Institutos oficiales.

Una visitadora social de la DIVISION actúa permanentemente en diferentes servicios del Ministerio de Salud Pública y vincula constantemente.

Organismos externos.

En Montevideo.

14 Consultorios de Gota de Leche asisten:

- a) Niños particulares que viven en la zona.
- b) Niños del Estado a cargo de nodrizas y cuidadoras.
- c) Niños protegidos (hijos de nodrizas, vendedoras de leche materna y niños dados por sus padres a personas extrañas).

En su función preventiva realizan:

- a) Vigilancia nutritiva, funcional y psíquica del Niño.
- b) Conocimientos a las madres sobre la crianza.
- c) Alimentación gratuita a los lactantes.
- d) Vacunaciones preventivas.
- e) Preocupación especial del distrófico y del prematuro.

f) Acción integral, sanitaria y social de la Asistente social en el ambiente familiar.

Repartos periódicos de ropas y comestibles.

Tres Centros Materno Infantiles, que constan de un consultorio Gota de Leche, una cantina maternal (donde se proporciona alimentación a madres embarazadas o que lactan) y una crèche (donde las madres depositan el hijo durante el día); un servicio obstétrico (vigilancia médica de la mujer embarazada de la zona).

Tres cantinas materno-infantiles.

Para niños de 2 a 6 años y madres embarazadas o que lactan.

b) En campaña.

Treinta y seis servicios entre consultorios Gota de Leche, Centros materno-infantiles y Hogares diurnos.

Organización del Niño Prematuro en Montevideo.

Siendo la prematuridad una de las más importantes causas de la mortalidad infantil, se tuvo muy en cuenta y se le dió especial interés. La Casa del Niño Prematuro en Montevideo cuenta ya con un servicio moderno, admirablemente dotado que tiene al frente un médico especializado y un personal de enfermeras, visitadoras y auxiliares.

El servicio funciona las 24 horas y tiene las siguientes dependencias:

1) Oficina Central del Niño Prematuro.

Tiene por objeto centralizar administrativamente todo lo referente a vigilancia y orientación asistencial y social del niño prematuro, y ejerce una supervisión de las asistentes sociales que prestan cuidados domiciliarios a estos niños.

El fichero guía del Niño Prematuro.

2) Declaración obligatoria a esa oficina (todo niño que al nacer pese de 2.500 g. o menos).

3) Cursos especiales para el personal técnico secundario encargado de su vigilancia domiciliaria.

4) Asistencia del Niño prematuro en su domicilio (coordinación con la oficina central).

5) El niño prematuro que nace en la maternidad (orientación: hacia un servicio especializado) (Casa del Niño) o hacia el medio familiar.

6) El niño prematuro en medio especializado (Casa del Niño).

Su ingreso, su egreso y servicio de prematuros. Su orientación social.

Asistencia domiciliaria del Niño Prematuro.

La experiencia del Uruguay señala índices bajos de mortalidad.

En estos niños atendidos a domicilio, ello resultará muy benéfico bajo todos los aspectos sociales y económicos, siempre que pueda disponerse de un número suficiente de trabajadores sociales para ejercer control periódico y muy cuidadoso.

DIVISION SEGUNDA INFANCIA

La División Segunda Infancia es el organismo del Consejo del Niño, que tiene bajo su cuidado a los menores de 3 a 14 años.

La Institución Dámaso Larrañaga es el organismo Central y núcleo de distribución de menores, destinado a la recepción de menores dependientes del Consejo del Niño, que por orfandad, abandono moral o material, pobreza o enfermedad de los padres, necesitan amparo temporal o definitivo. Es la casa de Entrada, estudio, clasificación y distribución de los menores.

Ingresado un menor se procede a su examen médico, odontológico, pedagógico y psicológico, y en caso de notarse alguna anormalidad psíquica se hace estudio psiquiátrico. Se practican vacunaciones contra la viruela, difteria, tifoidea y tétano y se investiga la tuberculosis y la sífilis.

Estudiado el menor, se hace su distribución de acuerdo al resultado.

La mayoría, 80 %, pasan a colocación familiar en Hogares sustitutos en la capital y en algunas zonas del interior, quedando estos Hogares bajo el control directo de las visitadoras de la DIVISION.

Los menores huérfanos o considerados como definitivamente abandonados, son entregados, con fines de adopción a matrimonios sin hijos, luego de llenar el trámite correspondiente.

El 10 % son colocados en Hogares Colectivos (internados laicos o religiosos) según el caso individual.

Los anormales son pasados a las Instituciones que les corresponde según su anormalidad; los anormales psíquicos reeducables a la Obra Morquio, los lisiados al Instituto Franklin D. Roosevelt, etc. dependiente de la Asociación del Niño Lisiado.

La vigilancia de los menores en colocación familiar está realizada por 7 consultorios de Zona en Montevideo y por médicos pediatras en campaña. Estos consultorios a su vez hacen labor preventiva con los escolares de la zona, estimulando la concurrencia al examen médico periódico.

Jardines Infantiles (Escuelas Maternales) existen cuatro en Montevideo, dependientes del Consejo del Niño, con una asisten-

cia media de 500 niños preescolares cuyos padres tengan que abandonar el hogar para asistir a su trabajo, o en casos de enfermedad o pobreza suma. Los niños permanecen en ellos de las 8 a las 17 horas y su labor verdaderamente benéfica bajo todos los aspectos, merece un elogio especial.

Orientan con profesores especializados que al tiempo que le proporcionan al niño los cuidados necesarios de su edad, le dan la mayor preparación para la escuela adaptándolos con juegos a la vida de la comunidad.

Allí mismo se les da alimentación adecuada y control médico.

Para ser recibido un menor necesita que:

- 1) sus padres trabajen fuera del hogar.
- 2) recargo de trabajo en el mismo hogar, que trae el abandono del niño.
- 3) enfermedad de alguno de los padres o encargado del menor.
- 4) pobreza absoluta.

Siendo la edad preescolar de vital importancia en la vida futura del niño, los Jardines de Infantes cumplen el mejor cometido y deben aumentarse ya que ellos sirven de faro que guía y orienta el cerebro y vida del niño.

Los Jardines Infantiles funcionan en casas, que aun cuando no fueron construidas especialmente para eso, presentan un aspecto alegre, acogedor, donde el niño encuentra un ambiente propicio para su desenvolvimiento integral.

El personal docente del Jardín N° 4 está integrado por una directora, cuatro ayudantes maestras, una profesora de música, canto y juego, y una profesora de corte y confección, cuya tarea exclusivamente está dedicada al Club de Padres.

El personal administrativo lo constituye: una intendente, una vigilante, cuatro nifieras y una cocinera.

En la actualidad este Jardín que pongo como ejemplo, entre los cuatro, presta asistencia a más de cien niños preescolares, escogidos entre los más necesitados del lugar.

El Establecimiento presta asistencia médica, social y pedagógica.

En ésta como en la mayoría de las otras tropiezan con la falta de trabajadores sociales. Los Jardines de Infantes sólo cuentan con una visitadora que no puede atender a todas las necesidades de 100 familias; al poder aumentar el número podría decirse que la obra está completa.

La hora de entrada está sujeta a las necesidades familiares, es decir, entrada entre 7 ½ a 8 ½ a.m. y salida de 17 a 18 horas.

Los niños están divididos por edades en varios grupos, con sus respectivas maestras.

Club de Padres

Anexo al Jardín de Infantes N° 4 funciona el Club de Padres que tiene por objeto una relación más íntima entre la escuela y el hogar; la relación entre padres y maestros surge naturalmente con la llegada y salida diaria a la institución, pero si esa madre encuentra ella misma un hogar donde pueda aprender y tener momentos recreativos, esos padres se sienten más obligados a prestar su colaboración.

Semanalmente reciben las madres clase de corte y confección y trabajan para el costurero escolar aprovechando restos de género, componiendo ropas que luego se reparten entre sus hijos y tejen con materiales que proporciona el Jardín.

Esta Asociación de Padres ha despertado un verdadero espíritu de cooperación; los padres sienten el Jardín como casa propia y ayudan a medida de sus posibilidades a todo lo relacionado para dar mayor bienestar a los niños, restaurar los mobiliarios, ayudar en las fiestas, en trabajos relativos a cocina, etc. y entre las mismas madres se ha despertado tal lazo de fraternidad, que se ayudan mutuamente.

DIVISION ADOLESCENCIA Y TRABAJO

Atiende los menores varones y mujeres desde la pubertad hasta la mayoría legal, es decir 21 años cumplidos.

La División Adolescencia y Trabajo tiene a su cargo:

- a) El amparo y formación del menor abandonado.
- b) La reeducación del irregular social y la preparación de los mismos para una vida útil y fecunda.
- c) El control médico-higiénico-social del trabajo de los menores de 18 años.

Están sujetos a su jurisdicción los menores de ambos sexos de 14 a 21 años de edad y dispone para llenar sus fines de las siguientes oficinas y Establecimientos:

1) Oficinas o secciones Divisionarias — Oficina Médica del Trabajo de Menores.

Atiende gratuitamente todo pedido de autorización para trabajo de menores y hace examen médico-social del solicitante.

2) Oficina Jurídica. — Esta se encarga de los trámites correspondientes a inscripciones en el Registro Civil, Matrimonios, Pensiones, Adopciones, Reconocimientos de paternidad y de todas las situaciones irregulares que puedan presentarse.

3) **Sección Guarda de Menores.** — Interviene en la "Guarda de Menores" de ambos sexos, sobre todo de las de sexo femenino, que se colocan en familias para servicios domésticos, mediante retribución.

Deben ser solicitadas presentándose con el sellado administrativo de Ley y dos timbres de \$ 0,20 y las solicitantes deben firmar un pliego de condiciones en el cual se consignan las obligaciones respectivas.

Sección Cuidadoras de Menores

Previa inspección del ambiente donde la menor prestará servicios y vigilancia periódica posterior, coloca menores de características especiales o que necesitan cuidados determinados dado su estado de salud, mediante retribución variable según los casos.

2) Establecimientos para la formación o reeducación de menores que son tutelados por la DIVISION. — Casas de ingreso y observación:

Hogar de Varones N° 1 y N° 2 con su anexo.

"Hogar Perseverancia".

Centro de Menores "Dr. Alvarez Cortés".

Hogar Femenino N° 1, con un pequeño anexo para ingreso nocturno y

Hogar Femenino N° 3.

En todas partes del mundo, aun en Norte América esta clase de Establecimientos presenta una serie de problemas de diferente índole, dada la complejidad de ellos por las características de la adolescencia, que es la etapa más difícil que no puede ser sometida a reglas generales y por lo tanto su organización es difícil y debe modificarse a medida que las posibilidades aumenten, ya que llegar a una organización perfecta requiere mucho dinero para poder tener una completa separación de los casos que así lo exigen. A nadie se le oculta el mal que puede ser para un menor que ingresa a uno de esos llamados Hogares, sin otro motivo que el de orfandad o pequeños problemas familiares para encontrarse con aquél que ha cometido una grave falta social o que es un delincuente; en los Hogares femeninos se da el caso de encontrar niñas inocentes que han caído por inexperiencia y que deben contaminarse con las que han conocido ya los caminos de la prostitución; sin embargo, el Consejo del Niño trata de remediar por cuantos medios le es posible, este grave daño y su preocupación

permanente en la División Adolescencia es poder cortar este mal de raíz.

Las Instituciones existentes en Montevideo, aun cuando presentan la falla arriba anotada, hacen una labor bastante benéfica, dejándole al menor la sensación de que pasa por una etapa de prueba para iniciar su vida y jamás de castigo. Su paso por ellas se hace lo más breve posible, en ese tiempo se da comienzo al estudio del menor, obteniendo una impresión de conjunto que sirva de base para la mejor orientación en el futuro.

Se inicia su "ficha médico-social" con intervención del médico, del maestro y del servicio social, ficha que enriquecida por nuevas observaciones especializadas, afirma la necesidad o no de un internado para el menor, quien pasará según eso a uno de los Establecimientos educativos que más le convenga; colocado en ambiente familiar bajo control de la División o devuelto a su hogar siempre bajo el mismo control de las trabajadoras sociales.

En los Establecimientos educativos adquieren o completan su instrucción elemental, el varón es iniciado en el aprendizaje de oficios según sus aptitudes o destinado a tareas agrícolas; la mujer en labores, tareas domésticas y también en prácticas agrícolas.

El Hogar de Varones N° 2 tiene por finalidad la reeducación y readaptación social de los menores que presentan dificultades de carácter, por lo cual deben ser sometidos a un régimen educativo especial y en algunas ocasiones aislados de la familia.

Allí se encuentran 45 menores que sólo han cometido faltas leves y deben ser aislados de los otros verdaderos delincuentes y sometidos a un régimen de mayor libertad que les permita su fácil adaptación social; ellos reciben clases de Instrucción primaria y aprendizaje de obras manuales, pudiendo asistir al trabajo fuera del Establecimiento, pero sometidos siempre al régimen disciplinario de horas fijas de comida. Aquéllos que han sido estudiados y cuya conducta no deja que desear, pueden salir en la noche una vez por semana, pero siempre con la autorización previa.

Dentro del Instituto los menores disponen de su total libertad en las horas de recreación; ellos mismos han comprado su radio y se dedican a juegos a los cuales se les da gran importancia ya que el juego desenvuelve al niño, desarrolla sus sentimientos y le sirve para la mejor adaptación social. En el juego el niño aprende a perder y a ganar, lo que más tarde le servirá en la lucha por la vida.

Dos veces semanales concurre un profesor de Educación Física para practicar la enseñanza de la gimnasia.

El cine se utiliza en este albergue como en los otros Establecimientos del Consejo del Niño, en forma educativa y recreati-

va; se seleccionan las películas que ejercen una influencia tan grande en la psicología infantil.

Los Elementos que integran el Albergue de Menores Nº 2 son los siguientes:

a) Internos del Albergue de Vagancia de la Institución Larráfiaga, que por su carácter indisciplinado y otras causas, constituyen un motivo de perturbación constante en aquel Establecimiento.

b) Menores colocados en custodia por la Institución Larráfiaga y que por haber cumplido 14 años no pueden continuar en la misma.

c) Menores que ingresan directamente del Albergue de Menores Nº 1 y cuya causa de internación no constituye un hecho grave que señale una conducta antisocial peligrosa.

d) Menores que ingresan al Albergue Nº 1, moral o materialmente abandonados.

Permanencia del Menor

De acuerdo con la finalidad del Albergue estos menores permanecerán allí todo el tiempo que sea necesario hasta su mayoría de edad; hay casos excepcionales en que debe prolongarse hasta después de cumplida mientras se le ayuda a solucionar su problema.

Pero siempre se busca su mejor preparación y para ello se envían unas veces a la Colonia de Educación Profesional y si las condiciones del menor le permiten ser devuelto a su familia, debe volver a ella o a otras pero siempre en calidad de miembro de la misma.

Dados los buenos resultados obtenidos en este Albergue, su capacidad resulta insuficiente; esta casa soluciona en parte el grave problema del Albergue Nº 1 donde no puede haber una clasificación de los menores.

Personal

El Albergue Nº 2 se encuentra dirigido por un Intendente.

Las clases son atendidas por maestros normalistas.

Las funciones de la Vigilancia han sido encomendadas a 4 vigilantes que hacen turnos de ocho horas lo que permite que los menores siempre estén vigilados.

Albergue de Menores Nº 1

Este Establecimiento creado también para la reeducación de los menores ha tenido que luchar para el desempeño de su cometido por múltiples motivos. Primero: carece de local apropiado para el número de niños que es de 100.

Segundo: a él concurren diferentes casos, lo que hace que el menor no pueda ser sometido a las disciplinas o libertades que cada uno requiere. Por ejemplo, se ha visto el caso de llevar allí un menor que haya cometido grave falta y que requiere vigilancia de la Policía ya que la casa no da seguridad ninguna y así mismo, los otros que sólo han tenido ligeros problemas de carácter o abandono sentirán ellos mismos disminuida su libertad.

Sin embargo el personal que lo integra desarrolla una labor bastante benéfica, poniendo la mejor voluntad para el desempeño de su cometido, a pesar de la falta de recursos.

Los menores llegan allí en forma transitoria para luego enviarlos donde el caso requiera previo estudio y examen médico-legal.

Ingreso

El ingreso de los menores se hace por las siguientes causas:

- a) Enviados de la Dirección de la División Adolescencia y Trabajo.
- b) De todas las Seccionales de Policía de la Capital o de la República.
- c) De los Juzgados de Menores.
- d) De la Institución Dámaso A. Larrañaga por haber cumplido 14 años de edad.
- e) Por causas fortuitas: cuando un menor ha egresado y no tiene familiares; de las colonias, cuando deben ser conducidos a la Estación del Ferrocarril, restituídos a los hogares; alguno que por orden superior queda hasta encontrar trabajo; de la Policía en depósito hasta aclarar algún hecho, etc.

De todas maneras, cuando se piensa en la forma en que anteriormente se trataba al menor delincuente, teniéndolo en cárceles comunes, no podemos dejar de admitir que este Albergue y el Albergue Nº 2 cumplen una vasta labor a pesar de sus fallas, y que una vez que ellas puedan ser remediatas, los albergues serán verdaderos institutos de estudio y orientación de esos menores.

La parte instructiva y educativa es atendida por maestros y los menores fuera de sus clases se dedican a pequeñas tareas agrícolas, hasta donde lo permite el local de la Institución.

Tanto la oficina médica como las otras secciones, desarrollan su labor con escaso personal, pero con qué espíritu!

La escuela, el cine, las Fiestas Patrias, son aprovechadas en forma educativa y recreativa.

Se presentan algunas fugas, pero en relación con el número de menores no es el problema más grave; tres o cuatro mensuales, casi siempre en menores reingresados; los primarios, salvo casos excepcionales, casi nunca adoptan actitud de hostilidad y son de fácil adaptación.

La labor educativa de los familiares trata de hacerse aprovechando los días de visita en que los padres o los encargados del menor, se ponen en contacto con la Institución; en esta parte también falta la labor de la Visitadora Social que sería de gran utilidad.

De este Establecimiento de pasaje, en el cual se completa el estudio del menor antisocial, pasa a otro de los Establecimientos que más le convenga, según sus características, y donde pueda asegurar el aprendizaje de un oficio.

Centro de Menores "Dr. Julián Alvarez Cortés"

Esta Institución con cupo para 100 menores, busca también a desarrollar una labor educativa y correctiva de aquellos menores que han cometido faltas; ellos ingresan por varias causas, casi siempre enviados por la Policía por restituciones de fuga o directamente pasados del Albergue Nº 1.

Al ingresar los menores son higienizados, anotados y estudiados en forma individual y se procede a su estudio, él que da la norma en la clasificación que de ellos se hace en tres grupos, según la edad, sus antecedentes conocidos, sus aptitudes físicas y la clasificación de los menores "pervertidos", de malas costumbres o de dudosa moralidad con los cuales se observa una mayor vigilancia.

Todos, salvo indicación médica, trabajan haciéndolos así adquirir hábitos de trabajo y evitándoles la inactividad. Cuenta la Institución con algunos Talleres de:

Encuadernación y carpintería, también jardinería en lo cual trabajan bastante y el rendimiento es muy satisfactorio, las flores se venden y la utilidad ayuda algo a los gastos del establecimiento. La Huerta surte al Establecimiento.

Otros se encargan del trabajo de la casa, aseo, etc.

Se les dan clases de Instrucción Primaria y se les controla la parte médico-social.

La Colonia de Educación Profesional

(de Santa Lucía)

Esta Institución que funciona a pocos kilómetros de Montevideo y que cuenta con un amplio terreno bien cultivado y una edificación muy adecuada soluciona en forma extraordinaria el problema del menor inadaptado haciéndolo apto para ganarse la vida honestamente y con una profesión escogida según sus aptitudes. Allí el muchacho llega ya en carácter estable, es decir que su estadía debe ser por lo menos de tres años para asegurarse así una preparación. Desde la entrada que alegra el espíritu por su lindo paisaje, todo allí da sensación de paz, de libertad, de verdadera obra social.

El Director que vive allí con su esposa y sus hijos, le ha imprimido a la obra, a pesar de tener número muy crecido de alumnos, el ambiente de Hogar y de gran familia.

Las flores, los árboles, el cuidadoso cultivo de las huertas les da a los muchachos sensación de vida nueva, de vida sana.

Al ingresar el menor, que casi siempre lo hace voluntariamente, se le deja un período de adaptación durante el cual estudia él mismo sus aptitudes y escoge el género y taller que más deseé. Muchas veces, pasa de uno al otro hasta que se encuentra frente al trabajo que le gusta y hacia el cual se siente más atraído; desde ese momento principia el estudio que generalmente es de 3 años y lo capacita para ser un obrero o un agricultor.

El salón de actos tiene una Biblioteca bastante completa donde los alumnos encuentran lecturas instructivas al tiempo que recreativa.

Se le ha prestado la atención debida a la parte educativa y se les dictan clases de Instrucción Primaria. También se les hacen actos artísticos como conciertos, cine, etc.

Los muchachos tienen una Revista que ellos mismos elaboran y cuya confección la hacen en los Talleres Gráficos de la Institución.

El Instituto cuenta con la Sección Granja, que tiene las siguientes producciones: de huevos, de aves, cerdos, producción de leche, producción de miel, salsa de tomate, dulce, mantequilla, quesos, etc.

Los producidos de la Sección Granja y Horticultura son consumidos por los alumnos y el resto se pone a la venta.

Igualmente la Panadería.

Cuenta con los siguientes talleres: Mosaicos, Herrería, Sastrería, Tipografía y Carpintería.

Sección Horticultura

Con: árboles frutales, plantos de alfalfa, viveros, papas, boniatos, maíz, etc.

Se ha reorganizado la Sección Agricultura, la Sección Porqueriza y la Sección Avícola.

Se ha intensificado la industrialización de tomates, frutas, etc.

Una pequeña Sección de Albañilería que efectúa los trabajos necesarios en la Colonia.

El personal administrativo y técnico dotado de un espíritu muy especial y con magníficos conocimientos, contribuye al mejor funcionamiento de la obra que puede servir de modelo y de estímulo para crear otras similares en países como el mío, en que la orientación profesional de los menores está bastante deficiente.

La Colonia Educacional de Suárez

Idéntica función que la anterior.

Se divide en las secciones siguientes:

- a) Sección Administrativa.
- b) Sección Cultural y de Enseñanza Elemental.
- c) Sección Industrial.
- d) Sección Ganadería.
- e) Sección Horticultura.
- f) Sección Granja.
- g) Sección Sanidad.

Su fin el mismo: Reeducación y adaptación del muchacho asegurándole una enseñanza que le permita ser ciudadano útil para la Patria y dándole Hogar.

Sección Femenina

La Sección Femenina tiene tres "Hogares Femeninos" que funcionan como casas de clasificación. Allí se hace el estudio de la menor, su clasificación, su control médico y psiquiátrico y luego se pasan a la Institución que les corresponda según el caso individual, por ejemplo: las que se encuentran en estado de gravedad deben pasar a establecimientos adecuados tales como "Refugio de Madres", etc.

Sus actividades son múltiples:

Primero se atiende la parte educativa con clases de Instrucción Primaria a cargo de profesoras.

Labores manuales: bordados, medias, alfombras, fabricación de telas para la confección de las ropas de las mismas.

En lo recreativo-cultural se ha desarrollado un programa extenso: audiciones radiales, lecturas comentadas, Biblioteca, clases de dibujo, de música, etc., etc.

Escuela del Hogar y Profesional Femenina

Esta Escuela con cupo para 100 internas presta un eficiente servicio haciendo verdadera labor social educativa y sobre todo de reeducación y orientación; allí ingresan niñas mayores de 13 años que deben ser internadas por diferentes causas; su estadía allí puede llamarse permanente ya que las menores permanecerán por lo menos 5 años o hasta cuando puedan estar con capacidad de trabajar y de adaptarse al medio.

La casa aun cuando fría por lo demasiado grande da una sensación agradable y las chicas se muestran alegres y bien adaptadas. La directora con gran espíritu y gran preparación le da a cada una el cuidado y la atención que su caso requiere, dándoles así calor de hogar e infundiéndoles confianza y cariño.

El plan de estudios comprende: clases de Enseñanza Preparatoria: Dibujo: nociones de geometría, Higiene, Moral, Tisiología.

Economía doméstica: clases de lavado, planchado, costura, cocina, presupuesto de la casa, etc.

En el tercer año se les enseña: Primeros auxilios a enfermos, higiene, valor nutritivo de los alimentos, puericultura, corte, confección de ropa, sombreros, etc., etc.

Las clases están separadas por grupos no mayores de 12 alumnas.

Algunas de las menores asisten a clases fuera del Hogar estando bajo la vigilancia y con reglamento para las horas de entrada.

El ingreso de las menores se hace por: orden del Juez de Menores, envío de la Sección Adolescencia, 2^a Infancia o de la Dirección del Consejo del Niño.

El personal docente de la Escuela lo integran: 11 maestras bajo la orden de la Directora y la parte administrativa a cargo de Religiosas que no intervienen en la parte educacional.

Hogar Agrario Femenino

Esta Institución que está ubicada a 35 kilómetros de Montevideo, ha sido dedicada a niñas que hayan cometido falta social.

La obra está encomendada a la Comunidad Religiosa Francisca-nas Yugoeslavas, únicas especializadas en cultivo de la tierra.

Las menores viven en completa libertad y con ambiente agradable y dedicadas a varias actividades diferentes; la Institución no cuenta con muchos recursos económicos, para el número de alumnas que es de 55, pero el cultivo y la preparación de algunos alimentos como queso, dulces, licores, y las verduras y flores dejan una entrada que ayuda en algo al sostenimiento de la Insti-tución.

El plan se basa: 1) Instrucción general y clases de costura y cocina.

La Enseñanza agraria: huerta, jardín, apíario iris, criadero de gallinas y cerdos, cultivo de gusanos de seda, etc. todo en forma práctica.

Los resultados de esta obra no se han podido ver muy claros, faltan elementos indispensables, talleres y un plan más adapta-ble al medio que aun está poco adaptado a estas labores en la mujer y que seguramente no podrán asegurarle un medio de ga-narse la vida. Las Religiosas que la dirigen tienen un excelente espíritu, amplio para dejarles la libertad necesaria, y las niñas parecen contentas.

Tiene un grupo de profesoras jóvenes para dictarles las clases.

Se le da importancia también a la Educación Física, al Arte y a la Recreación.

La Sección Femenina cuenta también con varios internados subvencionados para la formación o reeducación de niñas; entre ellos están: Colegio del Perpetuo Socorro, Santa María, Santa Cla-ra, Instituto San José, La Bonne Garde, la Casa del Buen Pastor, etc.

El Buen Pastor

Este Instituto de reeducación de menores que han cometido falta social, está a cargo de la Comunidad Religiosa de las Her-mañas del Buen Pastor, cuya especialidad en el mundo entero es el de casas correccionales de este tipo.

Con la evolución de los sistemas correctivos y con el estudio del menor como unidad, este tipo de institución que anteriormente tenía aspecto carcelario, hoy presenta un aspecto alegre, libre, donde la menor no se siente castigada sino sometida a una reedu-cación y si se ayuda a buscar por sí misma una verdadera ori-en-tación.

La Casa cuenta con un servicio médico bastante completo, que les permite hacer un examen detenido y un estudio de cada caso

individualmente. Una vez hecha la clasificación, las menores son orientadas hacia la actividad que cada una desee. Cuentan con Talleres de tejido, encuadernación, etc. que les permite aprender un arte; reciben sus clases de Instrucción general y cursos de puericultura, costura, culinaria, etc., etc.

Los castigos son cambiados por estímulos y a las que observan buena conducta se les premia de diferentes maneras.

Estas Instituciones, como los Hogares para varones, tropiezan con el mismo inconveniente, que es la incapacidad por falta de locales de separar o clasificar los casos para evitar que menores con leves faltas sociales, estén haciendo vida íntima con aquéllas otras que ya llevan experiencias demasiado crudas y que van a ser las consejeras de las inexpertas. Sería muy importante también la clasificación mental; el porcentaje de retardos mentales es muy grande y su educación que difiere fundamentalmente de la del niño con un coeficiente mental normal, debería hacerse en Instituciones para Deficientes, como existe la Escuela Auxiliar para niños; debería existir más de ese tipo para adolescencia y reeducación, donde tal vez se pudiera dar mayor interés a los exámenes y tratamiento psiquiátricos, por ahora sólo cuenta con un limitado número de plazas en la Obra Morquio y con el Hogar Margarita Herrera, también de número insuficiente, para difíciles mentales.

La Institución del Buen Pastor se preocupa de manera muy especial por la parte recreativa de las menores, ella tiene campos para deportes, profesores de música, cine educativo y recreativo, etc.

El edificio está muy bien amueblado en forma alegre y sencilla y las menores, lejos de sentirse en una cárcel se sienten en un hogar amable donde se les enseña a tener responsabilidad basada en una relativa libertad.

El Servicio médico-psiquiátrico está muy bien organizado; cuenta con un médico psiquiatra que hace su previo examen y cuidadosos tests mentales, según los cuales se adoptan las medidas necesarias para su reeducación. La obra social a cargo de trabajadoras sociales es de una importancia capital y algunas veces se pueden arreglar las situaciones ilegales, con matrimonios, investigaciones de la paternidad, etc.

División Higiene y Servicio de Sanidad Escolar

El Consejo del Niño no podría olvidar esta Sección de Higiene de vital importancia, ya que si en verdad: "la salud del alma

es tan importante para la salud del cuerpo, la del cuerpo tiene también que influenciar sobre la parte emocional y psíquica de un menor".

Esta División, tiene como su nombre lo indica, dos funciones: una médica sanitaria que tiene el control de todos los menores que tutela el Consejo del Niño, y una amplia y general en todas las escuelas públicas y privadas. Hacer Higiene Escolar es una medida preventiva que evita males irremediables y que pone al mismo en condiciones de poder estudiar y empezar la vida con un panorama más claro, ya que el "En Cuerpo Sano, Mente Sana".

Las funciones se ejercen con un cuerpo técnico que comprende doce médicos, inspectores y cuatro médicos especialistas en la capital, veintidós visitadoras sociales, veinte odontólogos en la ciudad y veinticuatro en el interior.

La División cuenta con los siguientes servicios especializados: clínicas oftalmológicas, cotorinolaringológicas, cardiológica y de prevención de la enfermedad reumática, de profilaxis y lucha contra la tuberculosis.

No podría dejar de felicitar a esta División y hacer pública mi admiración, ante la forma extraordinaria como realizó la campaña contra la difteria en la época en que el Uruguay tenía esta enfermedad como el peor flagelo, dando una estadística de mortalidad que asustaba y pudiendo decir hoy con orgullo, que en el Uruguay no existe la difteria. Actualmente se hace en forma también admirable la lucha contra el Reumatismo y contra las enfermedades trasmisibles, comprendiendo vacunación obligatoria, etc.

El examen de los niños de las Escuelas Públicas es obligatorio, de acuerdo con el Código del Niño. De los 60.000 niños que concurren a las 168 escuelas públicas de Montevideo, son sometidos a un examen completo anualmente el 50 %.

El examen comprende la exploración total: sistema óseo, desarrollo muscular, apreciación del estado nutritivo, exploración de la agudeza visual y auditiva, medidas antropométricas y de todos los datos para apreciar si el alumno es o no sano, si tiene o no crecimiento normal y si su edad mental corresponde a la edad cronológica. Se completa la ficha con los datos patológicos y en los servicios especializados: clínica oftalmológica, Profilaxis y lucha contra la Tuberculosis, etc.

Una vez terminado su examen, los niños deficientes físicos son protegidos por los organismos que el Estado ha creado y donde reciben, con una enseñanza especial, alimentación adecuada y asistencia médico-higiénica. Estos organismos de protección: Escuelas al Aire Libre, Comedores Escolares, Copas de Leche, Colonias de Vacaciones, Escuela Marítima y Preventorio Escolar de

Colón, protegen más de la cuarta parte de la población asistente a la Escuela Pública; la protección se extiende hasta que la recuperación de la normalidad física les permita reintegrarse a la escuela común.

Deficientes psíquicos

Los alumnos que no pueden seguir el curso corriente, son separados y sometidos a minuciosos análisis psicológicos para establecer su edad mental. Los lento, sin deficiencia intelectual, van a clases diferenciales.

Los débiles mentales, a la Escuela Auxiliar.

Los anormales de carácter, estudiados en la Clínica de Conducta y Orientación, se separan de la escuela, se tratan o son enviados a la Escuela de Irregulares del Carácter.

Los deficientes motrices: Los lisiados que concurren a la escuela pública padecen generalmente de trastornos motrices sin importancia, si eso no les impide su instrucción ni reclaman enseñanza especial, se dejan en la escuela; en el caso contrario, se estudia la forma de que pasen al organismo que le corresponde, ya que el Consejo del Niño no cuenta por ahora con servicio especial para estos niños, estos pasan a la Asociación Nacional para el Niño Lisiado (Escuela Franklin D. Roosevelt).

Clínicas de Rayos X con servicios ambulatorios.

Clínicas de Medicina General.

Clínica de Conducta que funciona con un médico jefe, una psicóloga y dos visitadoras sociales.

Clínica Otorrinolaringológica.

Clínica cardiológica.

Laboratorio Psicopatológico.

Laboratorio.

Propaganda sanitaria

La educación y propaganda sanitaria constituye una preocupación en el Consejo del Niño y ella se adelanta de diferentes maneras ante los alumnos y los padres; el medio más eficaz que es el cine y la radio prestan valiosa colaboración y poco a poco se ha ido desarrollando en el público un ambiente favorable para adoptar todas las medidas preventivas que protejan la salud física y mental del menor, habiendo llegado a resultados muy satisfactorios, ya que casi siempre, los mismos padres acuden en busca de prevención para sus hijos, no ahorrando esfuerzos y habiendo desaparecido por completo el miedo a las vacunas, espe-

cialmente del B.C.G. que el público no aceptó fácilmente al principio.

Como el papel del maestro es de gran importancia y sin su colaboración no podría hacerse campaña, los médicos y visitadoras lo utilizan como el mejor colaborador.

División Jurídica.

El Código del Niño creó el Juzgado Letrado de Menores con características especiales, pero dependiendo de la Corte Suprema de Justicia. Hay actualmente dos en Montevideo y un Juez que se ocupa de los menores en cada uno de los 19 departamentos en los que está dividida la República.

En el interior del país, en sus 18 departamentos actúa como autoridad delegada, un Comité Departamental integrado por el Juez Letrado, el Intendente Municipal, el Jefe de Policía, el Inspector de Escuelas, el Director del Liceo, y otros miembros más entre los cuales debe haber un médico. En las localidades más pequeñas, fuera de las Capitales Departamentales, existen sub-Comités.

Estos Comités tienen los mismos cometidos que el Consejo del Niño y supervisan y coordinan los establecimientos de menores.

La División de Servicio Social.

Esta División no existe todavía y es de gran importancia; el problema básico del Uruguay, como de otros muchos países de nuestra América, radica en la falta de trabajadoras sociales. Toda obra de protección a la infancia queda incompleta sin la colaboración de los trabajadores sociales, y aun cuando en Montevideo, existe una Escuela de Servicio Social particular, ella no es suficiente para las necesidades y el Consejo del Niño ha tenido que hacer pequeños cursos para preparar personal auxiliar que colabore junto con las diplomadas en todos los servicios o instituciones dependientes del Consejo del Niño.

Por ejemplo, en las Colocaciones familiares que tan buen resultado han dado en este país, hace falta un control más estrecho entre la trabajadora social y el hogar sustituto, ya que es más importante el control ambiental del hogar, la adaptación del niño, sus reacciones ante su nueva vida, que las condiciones higiénicas y sanitarias del mismo.

Siendo éste un problema general y de tanta trascendencia, todos los Gobiernos deberían preocuparse más por crear escuelas y hacer propaganda para que se conozca más la importancia y la necesidad de una profesión sin la cual queda incompleta la obra social infantil.

En Colombia tenemos el mismo problema; número insuficiente de trabajadoras sociales técnicas y por este motivo el Servicio de Colocación familiar, que funcionó hace doce años en Bogotá dando un buen resultado, tuvo que ser reemplazado nuevamente por el antiguo tipo asilo, tan combatido y justamente descartado en la visión moderna y humana de la protección infantil. El ensayo que se hizo en aquella época de hogares sustitutos, no fué lo suficientemente benéfico por la falta del control de las trabajadoras sociales y por los limitados recursos con que contaba.

Adjunto a este trabajo el Proyecto elaborado por la "Sociedad de Amor a Bogotá" para los "Parques Infantiles de Recreación".

La "Sociedad de Amor a Bogotá" es una iniciativa particular formada por personas que en su afán por hacer algo en favor del niño abandonado de Colombia, han formado esta Asociación que ha servido para formar una conciencia social a favor del niño. Ha organizado Conferencias periódicas a los padres, al magisterio, a la policía, etc. y por medio de propaganda ha despertado una Sociedad que desconocía el Derecho del Niño. Su principal labor ha sido coordinadora y con su ayuda el Consejo Nacional del Niño en Colombia, será próximamente una realidad.

Los Parques Infantiles de Recreación que han principiado a funcionar en escaso número en Bogotá, han recibido ayuda unánime de la Sociedad, que ve con dolor el abandono del niño en Colombia y del Gobierno que principia a preocuparse por la Protección del Niño, única forma de sembrar para luego recoger el fruto; sembrar amor en los corazones infantiles, será la única manera de lograr la paz de nuestra amada Colombia.

El Comité y la Campaña por la Paz de Colombia no dejarán de ser teóricas mientras no se haga justicia con sus niños.

Que el ejemplo del Uruguay, de su democracia y de su justicia social y de sus obras de protección a la madre y al niño, sirvan como ejemplo a mi amada Colombia; mi pequeña ayuda en su campaña pro defensa del niño será la forma en que puedo manifestarle mi agradecimiento al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia y al Uruguay que me abrió cariñosamente sus puertas y me dió tan buenas enseñanzas.

LA COMISION HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA DEL URUGUAY

Por la doctora Elena Moure

(Cuba)

A invitación del "Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia", con sede en la ciudad de Montevideo, Uruguay, asistimos al Seminario que sobre "Bienestar Infantil" allí se celebró.

Como parte interesante de este Seminario estaban las visitas a las distintas instituciones asistenciales, tanto de la Capital como de algunos de sus Departamentos. Muchas hay y muy valiosas. Casi todas ellas, con menor o mayor amplitud, han sido visitas por nosotras en nuestro país de origen, y en otros de América. Quizás si por encontrarse dentro del campo de nuestros intereses nos llamó preferentemente la atención la "Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa"; aunque estamos seguras de que lo que nos impresionó fué encontrarla imbuida de un espíritu no muy común en otras instituciones asistenciales.

El propósito fundamental de la Comisión Honoraria es ofrecer un subsidio a la familia del tuberculoso enfermo o a él mismo, pero sin ajustarse a normas pre establecidas. Ello no implica un seguro contra la tuberculosis, puesto que el seguro es un sistema de protección social financiado por el Estado, el patrono y el obrero, cuya finalidad es cubrir riesgos. Aunque aquí se cubre un riesgo, se hace, como veremos más adelante, en una forma de ayuda sin participación activa del beneficiado. Por otra parte es de todos sabido que en los seguros sociales y en la mayoría de los planes de asistencia pública (empleamos el término "asistencia pública" como la ayuda económica que ofrece el Estado a través de agencias de trabajo social) se "standardizan" las formas de asistencia, y desde que ésto sucede se pierde la verdadera esencia del trabajo social que es ofrecer ayuda de acuerdo a las necesidades encontradas. La Comisión ofrece el subsidio de acuerdo a las condiciones de la familia por lo cual mantiene la filosofía del trabajo social, pero ¿se hace trabajo social, en el sentido estricto de este vocablo, dentro de la Comisión Honoraria? Si por trabajo social entendemos aquél que se realiza con los individuos en consideración a las dificultades por ellos encontradas en su desenvolvimiento personal, con el objeto de lograr para ellos cierto bienestar y ajuste económico, social y emocional, contando con la participación consciente, activa y directa de los mismos, a fin de poner en juego sus propias potencialidades y colocarlos en posición

de que puedan valerse por sí mismos, tendríamos que decir que no se hace trabajo social. Sin embargo si fuéramos a ubicar esta Institución dentro de los programas de bienestar social —aceptando como bienestar social ese término amplio que describe condiciones sociales satisfactorias— la situaríamos como una Institución de Asistencia Pública que presta servicios sociales, aunque frente a la Ley parezca una paradoja.

Pero veamos qué nos proponemos en este trabajo. En primer término hacer una presentación de la "Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa" del Uruguay, diciendo cómo está organizada desde los puntos de vista legal y administrativo. Creemos que ésto puede ser de algún valor para otros Países que aun se encuentran en etapas anteriores a la que el Uruguay está atravesando. Y creemos, además, que esta presentación, si se quiere excesivamente detallada, puede darnos una visión real del problema. Entrando en el campo de las ideas toda especulación es posible, pero cuando nos ajustamos al de las realidades es cuando comprendemos y palpamos las limitaciones y dificultades. Lo que Uruguay está realizando no cae ya en el terreno especulativo, es una realidad lograda, y lograda en un País que tiene que hacer sacrificios económicos para mantener sus instituciones asistenciales.

Una vez presentada la Institución en su parte administrativa y legal, haremos una breve síntesis de la labor por ella realizada. Para esto hablarán los números. Cifras todas ellas tomadas de informes científicos y económicos que la Comisión emite periódicamente. Finalmente consideraremos la labor de la Comisión Honoraria desde nuestro punto de vista. Como es natural esta apreciación sólo puede tener un valor relativo. El tiempo que hemos dedicado a la observación de esta Institución es sumamente corto. El estrictamente necesario para conversar con cada Jefe de Departamento y recoger algún material de información. Tuvimos oportunidad también de observar el mecanismo de pago de subsidios, lo que nos permitió ver qué clase de gentes vienen a recibir este subsidio. Otra oportunidad valiosa fué la de acompañar a una visitadora social en una tarde de trabajo, a fin de poder tener una idea de la forma de vida de las familias pobres uruguayas que solicitan subsidios por esta enfermedad.

Pero además debemos dejar aclarado que nuestro enfoque, necesariamente, tiene que estar imbuido por nuestra formación profesional. El problema no va a ser visto en este caso por un médico, sino por una trabajadora social y aunque la finalidad sea una y el propósito común, el enfoque ha de variar de acuerdo al punto de vista de cada cual.

La lucha contra la tuberculosis

Mucho se ha escrito y se ha dicho en relación de la tuberculosis como problema social. Fuentes muy autorizadas han agotado el estudio del problema hasta límites que pueden considerarse casi exhaustivos. Haber escogido la palabra "lucha" para determinar el conjunto de esfuerzos a realizar para erradicar este mal es harto elocuente. Ella implica ya de entrada esfuerzo encionado, acción concentrada.

La tuberculosis ha constituido un grave problema médico, sanitario y social tanto que ha dado en llamarse la enfermedad social por excelencia. Desde el punto de vista médico-sanitario se dice que el problema medular es el foco de contagio, por lo que en todo plan de lucha contra la tuberculosis el diagnóstico precoz ocupa, si fuéramos a jerarquizar el esfuerzo a realizar, el esfuerzo de primera línea. A éste y casi paralelamente, habría que añadir el aislamiento y tratamiento del paciente. Pero es que en el momento actual la medicina debe de ser preferentemente preventiva. Evitar el mal antes de tener que curarlo, y en tuberculosis los factores sociales: vivienda, alimentación, educación, seguridad contra los riesgos sociales juegan un importante papel. Las legislaciones sociales van en avanzada en este aspecto, y aún cuando mucho queda por hacer, los problemas del costo de la vida, mejoras de salarios, de viviendas y seguros sociales son de la preocupación de los legisladores conscientes. Pero como todas estas metas son difíciles de lograr, aún para los países de mayores posibilidades económicas, cuando de tuberculosis se trata, es necesario tomar medidas que vayan enfrentando y resolviendo los problemas más urgentes. El doctor Pedro Domingo, al hacer un planteamiento de un proyecto de lucha antituberculosa estima que debe hacerse considerando una serie de jalones sucesivos. Así, por ejemplo, cree que la preparación del personal técnico en calidad y cantidad suficiente, debe ser anterior a la creación de Dispensarios y Sanatorios. Que la labor de educación y propaganda ha de preceder a la institución de un Seguro Social antituberculoso y del catastro tuberculino radiológico, así como que la creación de suficiente número de Centros Sanatoriales han de preceder a las labores del Catastro para que los individuos afectos de formas clínicamente inaparentes encuentren en ellos lugar de cura. También estima que la creación del Seguro Social ha de ser anterior al Catastro en funciones de lucha, para evitar el derrumbe económico que implica el separar al enfermo de la familia. De la misma forma opina en cuanto se refiere a la creación del Seguro Social. Es valiosa la opinión del Dr. Domingo, ella está autorizada por años de experiencia en este campo. Sin embargo, en el orden

de las realidades, estas etapas no han podido irse venciendo en una forma cronológicamente sucesiva. Sin duda alguna la mayoría de los Países, aún conscientes de la importancia de la profilaxis, han ido atendiendo a la formación de su personal y creación de centros de cura en primer término, puesto que el mal existente, en proporción siempre alarmante, tenía que ser atendido con preferencia. Las otras metas se han ido alcanzando cuando ya los Países, por sus conocimientos y por la preparación de sus técnicos, tenían madurez suficiente para enfocar los otros problemas. Así la implantación del catastro y la educación del pueblo han sido casi paralelas, y en algunos países la instauración del Seguro ha sido el punto de partida para la educación en materia de tuberculosis. Sin duda alguna, todos los países civilizados de la tierra, saben lo que hay que hacer en materia de lucha contra la tuberculosis. La razón de las deficiencias encontradas en muchos de ellos está, en algunos casos, en la incapacidad económica. Implica un esfuerzo económico de tal magnitud que muchos países no pueden alcanzar la meta. En otros el problema está en el abandono criminal de los gobernantes, que hace que el esfuerzo de los técnicos se pierda por falta de comprensión y colaboración de las esferas gubernamentales.

Otro de los problemas básicos a nuestro juicio es la falta de personal auxiliar. Hasta ahora el esfuerzo se ha centrado en médicos tisiólogos, médicos que a pesar de su formación profesional, que tan cerca los coloca del hombre, y tan claro les hace ver las limitaciones humanas, no han podido, o no han querido ver, el problema humano que hay detrás de todo problema social, como problema social hay detrás de toda limitación humana.

Enfrascados en una empresa de magnitud: catastro, vacunación, acción terapéutica, olvidan que al final de la jornada hay un hombre en el cual todo esto debe ser aplicado. Y aquí, en el hombre es donde se encuentra el fallo con frecuencia. El esfuerzo económico de todos estos planes es superior a lo que siempre se espera, puesto que la realidad va demostrando que a medida que se van alcanzando las metas impuestas, surgen nuevas lagunas no previstas. La T. B. produce casi siempre invalidez parcial o permanente, crea una situación por un tiempo indefinido. Frente a ésto los seguros y los subsidios se resienten. Los individuos enfermos con frecuencia se hacen dependientes. Las familias se acostumbran a recibir y no a producir. Los planes de rehabilitación fallan porque en proporción considerable los individuos presentan resistencia a ser reeducados, no cooperan. Las obligaciones caen más y más sobre el Estado. ¿Pueden los médicos, sociólogos, sanitarios darse a esta tarea de preparar al hombre para recibir

en buena forma lo que la comunidad les ofrece? Aquí se presenta la necesidad de un personal auxiliar especializado en estas disciplinas. En la actualidad se estima que es tarea del trabajador social, pero su número es insuficiente y al hacer los planes no se piensa en la necesidad de crear este personal en la calidad y cantidad necesaria.

El estudio del medio, la recuperación de la familia, el ajuste del enfermo, primero a su enfermedad y más tarde a su propio medio, al cual tiene que regresar limitado en sus capacidades, corresponde al Trabajador Social, el cual ha de colaborar también en la labor de educación de la comunidad, pero una labor educativa en la cual los individuos de la comunidad tomen una participación activa y consciente. La protección en sentido vertical crea dependencia. Hay que enseñar a los individuos a utilizar los recursos de la comunidad, y ésta es función específica del trabajador social, pero a utilizarlos en una forma positiva, procurando que esos mismos recursos —cuya finalidad es cubrir los riesgos sociales que escapan a las posibilidades del individuo, es decir resolver lo imponderable— sirvan para poner en juego sus propias potencialidades. No basta que la Comunidad cuente con una red asistencial más o menos bien organizada, más o menos bien coordinada. Sabemos que en todo planteamiento de bienestar social el esfuerzo se encamina específicamente hacia la organización institucional de la sociedad, y las actividades van directamente dirigidas hacia el mejoramiento de esa organización, mientras que el trabajo social se preocupa, especialmente, porque el individuo haga el mejor uso de estas instituciones, orienta su esfuerzo para el mejoramiento individual.

Para que este postulado, verdadero basamento de la Democracia, se pueda cumplir, es necesario que el trabajo social sea realizado por un personal idóneo, un personal que cuente con una preparación básica que le permita apreciar el hecho social, al mismo tiempo que le permite conocer al individuo como un todo integral. **Con el individuo y no para el individuo** ha de trabajar el trabajador social, el cual es esencialmente un elemento de coordinación entre el individuo, la necesidad y el recurso. El T. S. no puede crear donde nada existe, pero sí puede desarrollar hasta el máximo las propias potencialidades del individuo, poniendo, además, a su servicio los recursos de la comunidad y enseñándolo a utilizarlos en forma práctica y constructiva.

En nuestro concepto, con la organización actual de la sociedad, ya no hay problema social que sea de la sola competencia de un profesional. Es demasiado complicada esta organización y más complicada aún el alma humana, para creer que un profesional

tiene competencia, capacidad productiva y tiempo suficiente para hacer frente a problemas tan complejos. Mientras en un planeamiento de lucha contra la tuberculosis no se tenga muy clara la importancia del trabajo en equipo, el conocido "team" de los anglo-sajones, las soluciones serán parciales. El sanitario juega su papel; el educador, el tisiólogo, la enfermera clínica, la enfermera visitadora, el trabajador social tienen su función. El psiquiatra, el psicólogo dentro de los modernos conceptos de medicina psicosomática, mucho tienen que hacer con este campo. La readaptación de este enfermo al medio no es tarea fácil, y, si ésto no se logra, la labor queda trunca y el esfuerzo científico y económico puede perderse. La medicina social de nuestro momento, acepta plenamente que la curación de una enfermedad que produce invalidez, no está lograda hasta que el enfermo es reintegrado al trabajo en condiciones que ello no implique un peligro a su salud.

No pretendemos con ésto hacer un planteamiento individualista, somos conscientes de que la tuberculosis, como fenómeno económico-social que repercute sobre el individuo en particular y sobre la colectividad en general, debe de ser enfocado con un amplio criterio de protección médica-sanitario y social. No se puede negar que en ella nos encontramos dentro de un círculo vicioso: pérdidas de vidas que a su vez producen pérdidas económicas, las cuales, al propio tiempo, producen nuevas pérdidas de vida. Nuestra llamada es hacia los que demasiado tomados por el concepto social olvidan que el hombre es el principio y el fin de todo esfuerzo colectivo, y que cuando olvidamos el factor hombre todo esfuerzo colectivo cae de su base.

En el momento presente, y sobre todo en América Latina, que recién comienza sus planes de lucha contra la tuberculosis en forma amplia, esto no debe de ser olvidado.

Pero veamos cuáles son las bases para un plan de lucha contra la tuberculosis. Se dice y se acepta por los autorizados en la materia que las bases para una correcta Lucha Antituberculosa deben de ser las siguientes: Diagnóstico precoz. Tratamiento precoz con número suficiente de camas para internar. Vigilancia después del alta y rehabilitación. Protección económico familiar. Aumento de la resistencia a la infección por medio de la vacuna. Veamos lo realizado en Uruguay en este aspecto.

La lucha contra la tuberculosis en Uruguay

La Comisión Honoraria es un organismo más dentro del plan de lucha contra la T.B. en este País. Dentro del plan del Estado existen dos organismos oficiales dependientes del Ministerio de

Salud Pública, ellos son: el Servicio de Asistencia y Prevención Antituberculosa, creado por ley en 1929 y la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa creada por Ley 10709 de Enero 1946. Además de ésto el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo del Niño y la Intendencia Municipal de Montevideo tienen funciones dentro del plan general. La Facultad de Medicina toma también parte. Como organismo de carácter privado se encuentra la "Liga Uruguaya contra la Tuberculosis".

Consideremos ahora el panorama desde la triple acción; Terapéutica, Económico-Social y Preventiva.

Comencemos por los organismos más pequeños para llegar al final a los dependientes del Ministerio de Salud Pública.

La "Facultad de Medicina" tiene el "Instituto de Tisiología", que realiza acción preventiva y terapéutica. Como es de comprender es necesario que la Facultad tenga posibilidades a fin de llenar su misión didáctica. De hecho realiza al tiempo función asistencial y social. El "Consejo del Niño" tiene su "División de Higiene" de la cual depende Sanidad Escolar. La acción que realiza es exclusivamente preventiva. Exámenes Roentgentuberculinicos de la población escolar. Vacunación B.C.G. Muchas de las Escuelas del interior del País son atendidas por la Comisión Honoraria. Las de Montevideo únicamente por Sanidad Escolar.

El "Ministerio de Defensa Nacional", a través de su Sanidad Militar hace acción terapéutica pero no acción preventiva ni económico social. La "Liga Uruguaya contra la Tuberculosis" realiza funciones de los tres tipos. La acción económico-social la hace preferentemente con donaciones de alimentos, ropas, medicinas, etc.

Veamos ahora la organización del "Ministerio de Salud Pública", dejando a un lado la Comisión puesto que ella tiene una autonomía propia.

El Ministerio tiene dos divisiones: División de Higiene y Servicio de Asistencia y Preservación Antituberculosa. La **División de Higiene** trabaja en colaboración con el "Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública" el que realiza únicamente Acción Preventiva. A su vez la División tiene tres sub-divisiones: Clínica Preventiva, Clínica del Carnet de Salud, Departamento de Profilaxis Escolar y Liceal. Las tres realizan Acción Preventiva.

El **Servicio de Asistencia y Preservación Antituberculosa** realiza Acción Terapéutica y Preventiva, pero preferentemente su función es asistencial. De este servicio dependen dos hospitales: el Saint Bois y el Fermín Ferreira. Tiene 14 Pabellones Departamentales y 9 Dispensarios en Montevideo. El número de lechos especializados para asistencia al bacilar es de 2.600 en todo el País. En 1950 se registraron 1.489 defunciones por tuberculosis

en todas sus formas. Ha rebasado pues, Uruguay, el índice uno, ya que existen una cama y tres cuartos por defunción anual. Tienen en construcción el "Hospital Musto" con capacidad de 600 camas con lo cual alcanzarían el índice 2. Dependen de este servicio, además de los ya mencionados, la "Casa Maternal", el "Prevención Infantil", el "Dispensario Calmette" y el "Servicio de Colectividades".

La "Casa Maternal" tiene por objeto dar albergue a los niños sanos provenientes de hogares infectados de T.B. Trabaja en colaboración estrecha con las Maternidades de Salud Pública, Hospital Fermín Ferreira, Pereyra Rossell y Saint Bois. Recibe niños desde el nacimiento a los siete años. Si los niños ingresados son anérgicos los vacuna con B.C.G. Si el hogar del niño que ingresa en "Casa Maternal" es recuperable, la Casa Maternal coloca al menor en colocación familiar (hogares substitutos), hasta tanto pueda ser reintegrado a su hogar. En caso de que el hogar no exista, por muerte o abandono de los padres, envía el menor al "Consejo del Niño" quién decidirá sobre su futuro. En la Casa Maternal se recibe un número aproximado de 200 niños anuales. La Casa Maternal ha conseguido mediante la colocación familiar hacer descender los índices de mortalidad infantil por tuberculosis, considerando que es el sistema mejor para encarar el problema.

Al "Dispensario Calmette" corresponde la preparación y distribución de todo el B.C.G. que se usa en Uruguay. El B.C.G. fué comenzado a usar oficialmente en Uruguay en el año 1927. Hasta el 31 de Dic. de 1951 se habían vacunado en el País 518.281 personas. En la actualidad se vacunan todos los niños nacidos en maternidades oficiales, calculándose que el 75 % de los niños nacidos en el País lo hacen en estas maternidades.

El "Servicio de Colectividades" se organizó en 1940 por el Dr. Luis Sayé, el conocido tisiólogo español. Su acción se dirige a completar la de los dispensarios antituberculosos estudiando grupos de personas consideradas sanas a fin de establecer la morbilidad tuberculosa en ellas.

Antes de pasar al estudio de la "Comisión Honoraria" y después de haber presentado en apretada síntesis lo que el Uruguay realiza en materia de lucha contra la tuberculosis, nos parece interesante dejar constancia de lo que, a nuestro juicio, constituye un esfuerzo más en este empeño. Sin duda alguna se trata de labor profiláctica en la mejor acepción de la palabra.

La protección al niño, la parte más vulnerable en cuanto a T. B. se refiere, se realiza en Uruguay con un alto sentido de responsabilidad. No vamos a considerar los aspectos educacionales y de protección al menor abandonado que no competen a este

trabajo. Solamente queremos hacer mención del esfuerzo que se realiza y la preocupación que los anima en relación con la salud.

Existen en el País un buen número de las llamadas Escuelas al Aire Libre, donde los niños reciben un semi-internado que les permite, unida a su instrucción, el adecuado cuidado a su salud. Las Escuelas al aire libre son vigiladas por el Cuerpo Médico de Sanidad Escolar en Montevideo y por los médicos de Salud Pública en el interior del País.

Dentro del "Ministerio de Instrucción Pública" existen las "Colonias de Vacaciones", a ellas concurren los niños que necesitan de ese ambiente para mejorar su estado físico, en muchos casos niños sanos de hogares en que hay T.B.

En cuanto al problema alimentación, la preocupación es también ostensible. La ayuda alimentaria al lactante y a los niños entre 1 y 3 años se realiza por intermedio de la "División Primera Infancia" del "Consejo del Niño" y las "Policlínicas de Lactantes" del "Ministerio de Salud Pública."

El Lactario, a donde se ofrece leche de mujer a los niños que lo necesiten, distribuyó gratuitamente 2.954 litros de leche de mujer en 1950 y vendió a particulares 829 litros.

En el año 1951 la Cocina de Leche distribuyó 245.000 litros de leche de vaca, 45.000 litros de leches demodificadas y 21.665 tarros de leche en polvo.

Hay en Montevideo 17 Gotas de Leche adonde ingresan anualmente unos 6.000 niños menores de 3 años. En 1951 habían registrados 16.000 niños. Hay 3 Centros Materno-Infantiles y 3 Can-tinas Maternales donde se presta ayuda alimentaria a mujeres embarazadas, madres que lactan y niños preescolares.

En el interior del País y distribuidas en los 18 Departamentos, existen:

- 4 Gotas de Leche.
- 17 Refectorios materno-infantiles y Gotas de leche.
- 6 Casas-cunas y Gotas de leche.
- 14 Comedores para preescolares.

La protección alimentaria al Escolar cuenta con los siguientes comedores escolares:

En Montevideo	26
En el interior del País	1.317
Los niños beneficiados son:	
En Montevideo	4.000
En el interior del País	69.317

Hay un total de 216.072 escolares inscriptos por lo que se benefician un 34 % del total.

Además, es importante citar las medidas que para favorecer la alimentación popular, se han tomado. En 1927 crea el "Consejo Nacional de Subsistencias y Contralor de Precios" cuya finalidad es regular el precio de los alimentos más importantes.

La Municipalidad mantiene un organismo denominado "Oficina de Expendios Municipales" que posee numerosos locales de venta, distribuidos en la Capital; en ellos la población obtiene permanentemente carne, pan y leche baratos, a los que se agregan eventualmente otros alimentos como pescado, azúcar, yerba, dulces, etc. Hay 119 Puestos de Venta de los Expendios a los que concurren 52.000 familias registradas. Es necesario la tarjeta de registro para utilizar este servicio. La diferencia de precios es importante, así, por ejemplo, la leche que se vende a la población general a 26 centésimos, en los Puestos de expendios se vende a 12 centésimos el litro. Se nos informa que en general los precios de los expendios son entre 4 % y 53 % más bajos que los corrientes.

La ayuda alimentaria a empleados y obreros se realiza por intermedio de los Comedores del Instituto Nacional de Alimentación. Existen 6 Comedores gratuitos, 12 Comedores para obreros en que cada almuerzo cuesta \$ 0.28 y 13 comedores para empleados donde las comidas cuestan \$ 0.35 cada una.

Veamos ahora la posición de la Comisión Honoraria frente a esta red de instituciones preventivas y asistenciales, todas las cuales, miradas desde el punto de vista de lucha contra la tuberculosis tienen una finalidad común.

"La Comisión Honoraria para la Lucha contra la Tuberculosis"

A. Breve reseña histórica.

Como hemos podido ver la lucha contra la tuberculosis en el Uruguay tenía, ya desde antes de iniciar sus labores la Comisión Honoraria, sus basamentos, tanto desde el punto de vista preventivo como asistencial. Sin embargo, algunos de los aspectos fundamentales estaban olvidados o eran enfocados en forma parcial. Entre éstos citaremos en primer término el de diagnóstico precoz y el de la protección económico-familiar. El Diagnóstico precoz estaba siendo realizado por el "Servicio de Colectividades" y por el Departamento de Sanidad Escolar del "Consejo del Niño". Quizás fueron estas dos instituciones las que dieron la voz de alerta y sembraron la inquietud necesaria en la población para lograr la movilización general que dió como resultado la creación de la Comisión Honoraria.

Analizando aquel proceso histórico cabe agregar la interro-

gante considerando, por qué si existían ya instituciones que de una forma y otra estaban realizando estas funciones, no se centró el esfuerzo hacia el crecimiento de ellas.

Había otro problema importantísimo sin atender y éste era el de la protección económico-familiar del tuberculoso. Esta fué la bandera que enarbolaron aquellas personas que dieron el impulso inicial a esta obra. Sin duda de ningún género a ellas corresponde la gloria, y en la historia de la lucha contra la tuberculosis en el Uruguay, su nombre ocupará un lugar de honor que servirá de estímulo para realizaciones futuras.

Como referencia de aquel momento que correspondió desde fines del año 1943 hasta 26 de abril de 1946 en que se promulgó la Ley 10.709 que creó el "Fondo Nacional Permanente para la Lucha Antituberculosa", queda la Memoria de la Cruzada Antituberculosa, en la cual hay copia fiel de las actas de las reuniones celebradas por los iniciadores. Ellas hablan del esfuerzo realizado por el grupo dirigente, pero no dan la verdadera medida de la reacción popular frente a este esfuerzo, y ésa es a nuestro juicio, una parte muy importante a considerar. Es lástima que aquellas personas que tomaron parte tan activa en el proceso, no hagan un estudio sociológico de aquel momento, recopilando cuantos datos sean de interés.

Deciframos que el trabajo realizado por el Servicio de Colec-tividades y el Dep. de Sanidad Escolar, a nuestro juicio, dieron la voz de alerta que sensibilizó a la población para responder en forma positiva al movimiento. Leyendo recortes de prensa vemos como un grupo de médicos se dió a la tarea de publicar estadísticas sobre tuberculosis, poniendo de manifiesto la magnitud del problema. El "Rotary Club" y otras instituciones cívicas de la localidad dieron oportunidad a estos médicos y ayudaron a sembrar la inquietud popular.

El Dr. Luis M. Petrillo, en una información de prensa, ofrecía los siguientes datos: "después de estudiar 25.000 escolares por el método radiofotográfico de Abreu, se llegó a las siguientes cifras concretas de enfermos de tuberculosis (la cuti-reacción positiva no es signo de enfermedad) casi el 19 % o sea $\frac{1}{5}$ de los que presentaban cuti-reacción positiva eran o habían estado enfermos a pesar de ser considerados como sanos y llevar una vida normal y corriente.

El promedio de contagiados o alérgicos positivos entre 6/14 años es de 37,2 % y en la masa de contagiados (23.000 para 60.000 inscriptos) llegan a tener una lesión ganglionar o pulmonar 4.000 niños de los cuales más de $\frac{1}{3}$ (1.500) han curado solos y presentan lesiones cicatrizadas; un tercio (más de 1.000)

presentan lesiones sospechosas y el resto, siendo aparentemente sano, sufre lesiones activas sin síntomas o con síntomas y manifestaciones que no llaman la atención de la familia ni impiden una vida normal".

Esto, y algunos otros informes ofrecidos por médicos de Sanidad Escolar, dió lugar a una campaña de prensa en la cual los principales editorialistas pedían al gobierno tomara medidas en el asunto. Ocupó entonces el Ministerio de Salud Pública el Dr. Luis Mattiauda, el cual inició la denominada "Cruzada Antituberculosa" que tenía como finalidad "la obtención de recursos para formar un fondo de reserva, con cuyas rentas, se pudiera ir al amparo de las familias pertenecientes a tuberculosos indigentes, que muchas veces, al ser heridos por esta terrible enfermedad, se ven obligados a alejarse de sus trabajos, y por ello, dejan en el mayor desamparo a sus hogares, sufriendo, por ese motivo, el resto de sus familiares, penurias y angustias económicas por quedar imposibilitados en esos momentos, para subvenir a las necesidades más imperiosas de la vida". La Cruzada se proponía reunir un millón de pesos con la colaboración espontánea y generosa de la colectividad, cuyo dinero sería empleado en la compra de bonos de la Deuda Pública, de cuyas rentas se establecería un sistema de subsidios a los tuberculosos y sus familias.

La iniciativa fué canalizada a través de organismos oficiales, el Presidente de la República, Dr. Amézaga, hizo una resolución mediante la cual designaba a las personas que habrían de integrar la Comisión de Colecta, la cual estaría presidida por el Dr. L. Mattiauda, entonces Ministro de Salud Pública.

Reunida la Comisión reafirma su aspiración de elevar la colecta a un millón de pesos, fija un término de seis meses para la preparación y realización de los trabajos, determina la propaganda y da la fecha de término para la acción recaudadora.

Se utiliza ampliamente la prensa, el cinematógrafo y la radio como vehículos de propaganda. Se acuerda el sub-lema "Vida Sana y Feliz". Se realizan concursos de affiches. Se colocan en distintos sitios de la población relojes y termómetros para ir informando parcialmente los resultados de la colecta. Se redactan volantes para distribuir entre los escolares. Se pide a todos los médicos colaboración en la campaña. Se graban discos con leyendas alusivas para solicitar la adhesión del público. Es interesante destacar que, dentro de las posibilidades toda esta propaganda se hacia por colaboración generosa de los distintos organismos de la comunidad. La Radio Nacional, por mucho tiempo, ofreció a la Cruzada espacios radiales gratuitos. Asimismo la prensa y el cine.

La Comisión, a fin de dar garantías al pueblo sobre la inversión del dinero, acuerda: "la apertura en el Banco de la República de dos cuentas, una denominada "Primera Cruzada Antituberculosa, Cuenta Capital", y la otra llamada "Primera Cruzada Antituberculosa". La finalidad de ellas, fué la siguiente: en la primera irían los dineros que provinieran de las donaciones obtenidas, sumas que serían colocadas automáticamente en títulos de Deuda Pública, de los que se cotizan más bajo por la propia institución bancaria antedicha, cuyos valores quedarían bajo su guarda; y en la segunda cuenta se depositarían los intereses devengados por los valores obtenidos". Esta medida tan previsora se mantiene aún hoy día en que la Comisión tiene otras fuentes de ingreso. La movilización fué general y a ella contribuyeron entidades comerciales, bancarias, industriales y el pueblo en general. El Comité Ejecutivo del Banco Hipotecario contribuyó con \$ 100.000 en cuatro cuotas durante los ejercicios 1944, 1945, 1946, 1947. La ANCAP incluyó en sus presupuestos de los años 1944 y 1945 dos partidas de \$ 30.000 cada uno. El Banco de Seguros con la suma de \$ 50.000 en dos cuotas de \$ 25.000 en los años de 1944 y 1945. El Banco de la República exoneró de comisión a las transferencias de fondos y compra-venta de valores.

En Sep. de 1945 ya habían recaudado \$ 1.069.863,11 y en esta fecha el Poder Ejecutivo, autoriza a la Comisión a utilizar los intereses de ese capital, (calculado en \$ 100.000 anuales) en ayudar a familias tuberculosas. Se acuerda subsidiar a 120 familias de bacílares asilados. En el Parlamento estaba el Proyecto de ley denominado "Asistencia Social de la Familia del Tuberculoso Asilado" que regularía el funcionamiento de estos fondos.

En enero de 1946 se promulga la Ley que crea "Fondo Nacional Ejecutivo de la Cruzada Antituberculosa" y transforma al "Comité Ejecutivo de la Cruzada Antituberculosa Nacional" en "Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa". No obstante ésto, el Comité siguió laborando, a fin de no entorpecer la colecta ni los subsidios, hasta que la Comisión Honoraria quedó perfectamente organizada. Lo recaudado alcanzó a la suma de \$ 1.214.784,11.

No cabe duda que hay un factor de verdadera importancia en el inicio de cualquier intento de movilización de una comunidad, y es comenzar en el momento oportuno. Hay ocasiones que son propicias para mover las fuerzas vivas de una comunidad hacia determinados objetivos y cuando surge el leader que ofrece garantías, las posibilidades latentes que toda comunidad tiene, alcanzan su máxima expresión. El ejemplo de Uruguay es un bello ejemplo para toda América Latina, no tiene Uruguay mayores ri-

quezas naturales que otros países de América, su verdadera riqueza está en su capital humano. Al comienzo de esta breve exposición histórica decíamos que llamaba la atención el que el esfuerzo no se hubiera centrado en el engrandecimiento de lo que ya estaba funcionando en materia de lucha contra la tuberculosis. Es posible que si se hubiera intentado ésto la movilización no hubiera sido tan amplia. Fué necesario mover nuevos intereses —subsídios familiares— para movilizar la colectividad. Surgió una nueva institución por la voluntad común, pero surgió como el instrumento puesto al servicio de intereses comunes. Sin embargo, a ningún técnico podía escapar que esta nueva Institución que nacía, tendría, en breve plazo, que atender otros importantes aspectos de la lucha contra la tuberculosis, entre ellos el de Diagnóstico precoz, lo cual ya está realizando en gran escala, superando en magnitud lo que puede hacer el "Servicio de Colectividades"; y a nadie puede escapar tampoco que en breve plazo necesariamente tendrá que atender a los problemas que surgen después del alta del enfermo, así como, a organizar un verdadero plan de rehabilitación profesional.

Pudiera ser, que a pesar de ésto, su centro o foco continúe siendo "subsídio familiar". Esta fué la bandera que enarbolaron para adquirir personalidad propia y es conveniente no perder ésto de vista.

B. Ley que le dió origen.

No vamos a hacer una relación detallada de las leyes de creación y de ampliación correspondientes a enero de 1946 y enero de 1948 respectivamente. Ellas están fielmente recogidas en la Memoria de la Cruzada Antituberculosa Nacional, sólo citaremos muy brevemente cómo se recaudan los fondos.

Veamos sus primeros artículos en los cuales se determinan los recursos con que se formará la Comisión:

"Artículo 1º. Créase el "Fondo Nacional Permanente para la Lucha Antituberculosa", que se formará con los siguientes recursos:

- a) Con el monto producido por la colecta efectuada en los años 1944 y 1945 bajo el lema de "Cruzada Nacional Antituberculosa" que organizó el Ministerio de Salud Pública.
- b) Con el producto de las otras colectas anuales o no que organicé la Comisión Honoraria que se crea por el Art. 16 de esta ley, Comisión que tendrá total competencia y autonomía para esa organización.
- c) Con las contribuciones voluntarias de los organismos del Estado, Entes Autónomos, Servicios Descentralizados y Gobiernos Departamentales.

- d) Con las donaciones, herencias o legados de particulares, destinados a ese fin y todos aquéllos que se efectúen a favor de Salud Pública, sin especificar determinadamente su aplicación.
- e) Con las economías que se produzcan anualmente en los rubros del Ministerio de Salud Pública sobre las asignaciones presupuestales, por vacantes de cargos no llenados en el Item 10.56.
- f) Con el exceso anual de las cantidades que se destinan por esta Ley a la asistencia social del tuberculoso y su familia.
- g) Con los recursos y contribuciones aportados por quien quiera que sea, con el fin de aumentar aquel fondo nacional permanente.

"Art. 29.—Los fondos provenientes de todos los arbitrios enumerados en el artículo anterior se invertirán por la Comisión Honoraria que se crea por esta Ley, inmediatamente después de su recaudación, en la compra de Títulos del Estado para su colocación de renta perpetua.

"Art. 30.—Todos los recursos recaudados serán entregados al Estado, con el único fin de ser destinados a la lucha antituberculosa, de conformidad con lo preceptuado por la presente Ley.

"Del Fondo a destinarse de inmediato a la Asistencia Social."

"Art. 49.—Las rentas que produzcan el "Fondo Nacional Permanente para la Lucha antituberculosa", y los otros recursos que se recauden en virtud de esta ley, se destinarán exclusivamente a la asistencia social de la familia del tuberculoso asilado o en tratamiento, siguiendo las normas que se especificarán más adelante".

Para formar los fondos se crean en la propia ley diversos impuestos a: salas de teatros, conciertos, y circos; salas de cine; football y demás deportes de carácter profesional; carreras de caballos, Jockey Club; bailes de carnaval; casinos de juego; dancing; cabarets; casas de bailes públicos; boites. Se crea un impuesto a los teléfonos de \$ 1. por aparato y por semestre. Se agrega el importe de los premios no reclamados y prescriptos por los sorteos de la Lotería. En la propia Ley se determinan las penalidades a que están sujetos los que infringieren su cumplimiento.

Nos parece interesante destacar los artículos 11 y 12, por cuanto son los que dan a esta ley su característica específica:

"Art. 11.—Todas las sumas que integran el Fondo a destinarse de inmediato a la asistencia social conforme a lo establecido

en el Art. 4º tendrán como único destino, el de servir pensiones mensuales a las familias de los tuberculosos indigentes.

"Para hacerse acreedor a la pensión establecida por esta Ley, el enfermo debe asilarse, si fuera posible, o asistirse en los establecimientos especiales que a ese fin el Estado destina, y además, carecer de suficientes recursos, extremo que justificará de conformidad con los reglamentos en vigencia o que se dicten.

"El funcionario público atacado de bacilos pulmonar, gozará de una licencia hasta de tres años con sueldo íntegro, pero para gozar de ese derecho, si así lo aconsejara la Oficina Técnica, correspondiente, del Ministerio de Salud Pública, deberá asistirse o asilarse en aquellos nosocomios. Este derecho excluye el beneficio de la pensión, creada por la Ley. En los casos en que el aislamiento no sea imprescindible, el enfermo, funcionario del Estado, o no, seguirá el régimen que se le señale en su domicilio y gozará de la pensión siempre que a ella tenga derecho de acuerdo con esta ley.

"La Comisión Honoraria para la Lucha antituberculosa que se crea por esta ley, siempre que la situación del fondo de asistencia social lo permita, deberá otorgar también el servicio de pensiones mensuales a favor de familias que deban atender la subsistencia de bacilares no hospitalizados cuando el jefe o sostén parcial esté desocupado o enfermo o no reciba el salario necesario para dicha subsistencia.

"Art. 12.—El monto de las pensiones mensuales a servirse a la familia de cada bacilar será fijado por la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y para esa fijación se tendrá en cuenta:

- a) Sueldo o jornal ganado por el enfermo.
- b) Familia que tiene a su cargo; número, edad y sexo de sus hijos.
- c) Si no es jefe de familia, monto probable de su ayuda financiera a su familia.
- d) Todos los demás datos y antecedentes que juzgue convenientes o necesarios para fijar la pensión a efecto de que, en lo posible, la familia del enfermo disponga del mínimo necesario para su subsistencia."

Como vemos, el Art. 12 permite a la Comisión establecer las pensiones de acuerdo a las necesidades encontradas, dándole la flexibilidad necesaria para realizar una verdadera asistencia social. El Art. 11 le da a la Comisión facultades para obligar al enfermo a recluirse y a atender a su tratamiento. El puede no hacerlo, si ésta es su voluntad, pero no tendrá derecho al subsidio. El Art. 14 le permite fiscalizar el empleo de la pensión. En el

Art. 15 limita la atención a tres años, pero da flexibilidad para mantenerlo en casos especiales. También determina que el subsidio cesará tres meses después del alta del enfermo, y tres meses después de su deceso.

Hay también una disposición en la propia ley que permite destinar el 15 % del excedente a reconstrucción de viviendas, y el 15 % para la adquisición de ambulancias-dispensario móviles para intensificar la investigación y propaganda. En otra ley posterior se autoriza a utilizar hasta el 3 % de sus recursos anuales en contratar personal inspectivo y visitadoras sociales.

La Comisión Honoraria quedará integrada por 16 miembros, Cuatro de ellos, por derecho propio y doce por nombramiento del Ejecutivo. Los de derecho propio son: el Ministro de Salud Pública que será su presidente, o un delegado del mismo que tendrá igual función; el Decano de la Facultad de Medicina; el Director del Instituto de Tisiología de la misma Facultad; el Director del Servicio de Asistencia y Preservación Antituberculosa.

Es interesante destacar que desde su inicio, el Presidente es el doctor Luis Mattiauda, el cual en la actualidad no ocupa la dirección del Ministerio de Salud Pública.

C. Organización Administrativa.

La institución está organizada atendiendo a dos aspectos fundamentales: los problemas económico y social. Así existen dos comisiones: la Comisión Financiera y la Comisión Técnico-médica. La Comisión Financiera consta de los Departamentos Administrativo y de Contable. Entre sus funciones se encuentran el de contralor de la recaudación. En realidad no tienen un verdadero control, pues tienen pocos inspectores. En esta Comisión se hace el planillado de todos los subsidios que se otorgan. Semanalmente la Comisión recibe informe de los subsidios otorgados y los registra a fin de hacer los pagos correspondientes.

Los pagos se hacen en el local de la propia Comisión en una forma sencilla y rápida. Solamente se hacen pagos durante los días primeros de cada mes, del 1 al 4. Un empleado tiene el libro registro delante y otro el cuaderno de comprobantes de pago firmados. Los beneficiarios van pasando y en una forma expedita se contrasta su carnet con el número correspondiente al libro entregándole el comprobante de pago. El beneficiario firma en el libro la comprobación de haber recibido el subsidio. En el mismo local, el Banco de la República tiene un empleado que recoge el comprobante de pago y entrega el dinero. Al final de la tarde se hace balance entre lo que el funcionario ha entregado y lo registrado en las matrices de los comprobantes de pago. Entonces el

funcionario del Banco extiende un cheque por el total que le firma el contador.

Asistimos a una tarde de pago y nos sorprendió ver cómo 3 personas en 4 horas de trabajo habían podido atender a un gran número de personas. Habían hecho pagos por más de \$ 20.000. En este Departamento se lleva también toda la contabilidad de la Comisión Honoraria y se hacen los balances. En total tiene 20 funcionarios.

La Comisión Técnico Médica tiene 4 Secciones: Sección de Dispensarios Móviles; Sección de Educación y Propaganda, Sección de Censo y Estadística y Sección de Asistencia Social.

La Sección de Educación y Propaganda tienen dos tipos de propaganda, la continuada y la esporádica que se realiza previa a la visita de los Dispensarios Móviles.

La propaganda continuada la realizan por radio. Todos los radios del País y durante cinco minutos de los lunes trasmitten una charla sobre tuberculosis. Hace cuatro años que mantienen este programa sin interrupción. No sabemos si controla la radio-audiencia mediante "surveys".

La propaganda continuada la realizan por radio. Todas las se realiza, pero no en cuanto a la labor de esta Sección la cual es permanente. Terminando en una localidad pasan a otra y así hasta finalizar la gira por todo el País.

Cuando se escoge la localidad, se inicia una labor de propaganda mediante cartas. Los primeros en recibir aviso son los médicos del lugar. A ellos corresponde exhortar a la población hablando de las ventajas del B.C.G. y de la Abreugrafía. Inmediatamente se escribe a las Escuelas pidiendo a los maestros inicien campaña en pro de esta labor. Seguidamente se envían circulares a todos los abonados de la Guía del Siglo (una guía adonde se registran los profesionales, comerciantes, etc. de una localidad).

Con el ambiente ya preparado se presentan en el lugar 2 sub-inspectores de propaganda. Esto se hace, aproximadamente, con 10 a 15 días de anticipación a la llegada del equipo. Ellos visitan a las autoridades, celebran reuniones y planean la campaña. Anuncian por cinematógrafo y por radio la llegada del equipo. Ponen carteles anunciadores en todos los sitios de reunión de personas. Proyectan películas al aire libre. Alto-parlantes anuncian a la población el acontecimiento. Algunas veces van los miembros de la Comisión a una reunión previamente citada por los sub-inspectores. Asistimos a una sesión en el Departamento de Canelones y pudimos ver la magnífica exposición que tenían abierta al público. En ella se presentaba en forma gráfica la evolución de una lesión tuberculosa. Tienen preparado un material plástico que llega muy vivo a la sensibilidad del público. Con lanternas

iluminados presentan el trabajo de la Comisión Honoraria. Con carteles en los cuales utilizan personajes de las tiras cómicas de la prensa diaria, hacen campaña preventiva y dan reglas de higiene.

Cuando el equipo llega, el trabajo de propaganda varía, ocupándose de mantener informada a la prensa y radio del trabajo del equipo. Cuando éste se retira, se envía informe de personas vacunadas diciendo cuántas han pasado por Rayos X, cuántas han sido cuti-positivas, y cuántas cuti-negativas y número de enfermos encontrados. Se envían notas de agradecimiento a las personas que han colaborado. Para hacer esta labor de oficina hay un sólo empleado. Tienen ya hechos todos los modelos lo cual facilita la labor.

Sección de Dispensarios móviles. El objetivo de los Dispensarios móviles es detectar a posibles enfermos de tuberculosis.

Hay 5 equipos en el interior del País y uno en Montevideo. Tienen dos de respuesta por si algo ocurre a los que están trabajando.

Cada equipo consta de 9 personas divididas en grupos de 3. Trabajan siempre 6 personas, 8 horas por día. Trabajan durante 20 días seguidos, renovándose cada 10 días alternativamente. Después de los 20 días descansan 10 en Montevideo. Mientras están trabajando tienen una dieta de \$ 7.— sobre su sueldo. Los equipos son de 70 mm, marca Phillips y Westinghouse.

En el equipo se hace cuti-puntura con tuberculina bruta a todos los que se presentan. Asimismo se hace Abreu, con excepción de los menores de 4 años que son tuberculino-negativos. A todos los negativos se vacunan con B.C.G. vía oral. Se suministran 10 centigramos a los menores de 12 años y 20 centigramos a los mayores. A las 48 horas de hecha la cuti-reacción se controla y se hace la foto o vacuna. El rollo de la foto va inmediatamente a Montevideo adonde se revela y lee. Hay 4 lectores de rollos que son tisiólogos clínicos, pero hay un radiólogo-tisiólogo, cuya misión es escoger al azar un rollo de cada cinco para comprobarlo y tener el mínimo de errores. Cuando se encuentra algún problema se comunica al equipo quien cita a la persona para placa. Las placas se revelan en el propio Dispensario móvil y van al radiólogo-tisiólogo para que la lea. Además se le enseña al médico del paciente para que la vea.

Cada persona examinada puede recibir distintas contestaciones: si es normal recibe el resultado directamente. Si tiene algo patológico sin importancia, se le contesta normal y a su médico se le manda informe completo. Si hay algo patológico que no requiere complemento de placa, se escribe una nota al examinado diciéndose que vea a su médico. Si necesita sacarse placa, se le

informa a su médico por qué necesita placa y al enfermo se le cita a radiografía y se le indica que vea a su médico. Una vez que se sabe el resultado de la placa, se escribe al médico; los resultados siempre se envían al médico que el examinado dice.

Cuando el equipo se retira, se deja un empleado dos o tres días para entregar informes personalmente. Se utiliza el correo en última instancia.

Los equipos trabajan en todo el país. En la capital toman como centro de acción los conglomerados humanos: bancos, industrias, escuelas, etc. Tienen hecho arreglos con algunas industrias a fin de que no tomen empleados nuevos sin hacerle previamente el examen radiológico. Algunas industrias colaboran manteniendo un porcentaje del salario al empleado que aparece enfermo, otras, empleando un miembro sano de su familia. La Comisión Honoraria trata de suplir el salario con el subsidio.

Los empleados presupuestados del gobierno (hay muchas empresas nacionalizadas) reciben tres años de sueldo completo si se enferman de T.B. Pasados los tres años, vuelven al trabajo o tienen que jubilarse; para lograr ésto tienen que tener un mínimo de 10 años de labor.

Tratan también los equipos de llegar aún a los núcleos más pequeños. Corrientemente en estos núcleos pequeños toman la escuela como centro de acción.

Sección de Censo y Estadística. Esta Sección tiene a su cargo el fichaje de todos los datos obtenidos, tanto a través de los Dispensarios Móviles como de las investigaciones sociales que se realizan. Se recibe el material y se lleva mediante tarjetas a las máquinas adonde se ponen los datos en clave. Tienen seis máquinas trabajando permanentemente, haciendo aproximadamente 2.000 fichas por día. Hay 18 codificadores trabajando a destajo. Se calcula que cada renglón de la máquina codificadora (que abarca todos los datos de una persona) cuesta a la Comisión 3 centésimos uruguayos. Un codificador gana aproximadamente \$ 186, por 186 horas de trabajo. Las hojas codificadas pasan a revisión. Hay dos empleados trabajando al unísono, uno lee la tarjeta en clave y el otro revisa la hoja. Se lleva control de los errores que cometen los codificadores. Si son de fatiga, se le dan menos horas de trabajo. Si son sistemáticos, se despide; asimismo si son de mala fe. Los revisores se pagan también a destajo, 3 centésimos y dos milésimos, es decir un centavo y 16 milésimos para cada uno por cada renglón que leen.

Una vez revisado pasa el legajo a perforadoras. También se paga a destajo, \$ 11.— el millar de fichas perforadas. El millar de exámenes cuesta a la Institución \$ 22.—, pues perfora doble juego

de fichas para comprobación de errores. Aproximadamente se hacen 100.000 perforaciones al mes.

La máquina comparadora pertenece al Ministerio de Salud Pública, la Comisión la utiliza cuando está desocupada, pero lleva a su personal. Pagan el trabajo a \$ 2.— la hora. La Tabulación se hace también en el Ministerio con personal permanente.

Clasifican los siguientes datos:

1. Clasificación por reacción tuberculínica y grupos de edad con sus correspondientes porcentajes.
5. Clasificación por reacción positivo y negativo con porcentajes relacionados al total de reacciones practicadas.
6. Cantidad de vacunados con B.C.G.
7. Cantidad de reacciones negativas, y de individuos vacunados, y porcentajes de éstos con relación a los primeros.
8. Clasificación de los que fueron diagnosticados con lesiones, según la ocupación habitual de los mismos.
9. Clasificación de los que fueron diagnosticados con lesiones tuberculosas o sospechosas por grupos de edad y según diagnóstico correspondiente.
10. Porcentajes del mismo con relación al total de cada diagnóstico.
11. Porcentajes del mismo con relación al total de cada grupo.
12. Clasificación de los que fueron examinados y diagnosticados enfermos según que fueran tuberculosos activos, inactivos o sospechosos, y porcentaje de cada uno con relación al total de examinados radiográficamente.
13. Clasificación de los que padecen lesiones tuberculosas activas, inactivas o sospechosas por los antecedentes personales que declararon tener.
14. Clasificación de los que mostraron tener alteraciones, y distribución según el tipo de éstas, según su índole presuntiva en Tuberculosas, Cardiovasculares, Hidáticas y otras, y porcentajes con relación a cada tipo de lesión.
15. Clasificación de todos los individuos que por razones de examen desfilaron por los Dispensarios Móviles, por ocupación habitual de los mismos, y por los antecedentes personales que declararon tener.
16. El mismo cuadro clasificado por edad.
17. Clasificación de los que desfilaron por los Dispensarios Móviles, por localidad, de la que declararon proceder y por sexo.

La Oficina tiene un médico-jefe especializado en estadística y trece funcionarios a trabajo fijo. En la propia oficina se edita

un Boletín semestral haciendo un informe detallado de todas las pensiones concedidas de acuerdo a las clasificaciones mencionadas.

Sección de Asistencia social. La Sección de Asistencia Social tiene un médico-jefe al frente. Se le denomina Coordinador. Además tiene dos Departamentos importantes; el de Visitadoras Sociales de Montevideo y el de Visitadoras Sociales del Interior. Cada uno tiene una Visitadora Social Jefe. Hay además dos funcionarios llamados Inspectores de Documentos económicos y médicos que trabajan en coordinación con estas dos Secciones. Existe también la llamada Oficina de Cómpaginación cuya función explicaremos más adelante. Hay además un médico supervisor cuya función es informar el caso desde el punto de vista médico e informar las placas.

El Departamento de Visitadoras sociales de Montevideo consta de treinta Visitadoras sociales, tienen la ciudad dividida en 28 radios; cada visitadora atiende todos los casos que correspondan a su radio. Hay dos visitadoras destinadas: una al Hospital Saint-Bois y otra al Fermín Ferreira. Su función es mantener contacto con los pensionados enfermos a fin de recoger los diagnósticos médicos e informar a la Visitadora del radio que corresponde a la familia del enfermo sobre su problema médico. También atienden a cualquier enfermo que desee aspirar al subsidio; en este caso le toman la declaración jurada e inician el trámite informando sobre su problema médico. La investigación familiar corresponderá a otra visitadora.

La función específica de las visitadoras es hacer la investigación del medio familiar. Para ésto se utilizan unos cuestionarios sumamente elaborados. Hay que llenar un cuestionario con los datos del enfermo y uno por cada miembro de la familia. En el que corresponde al enfermo se investigan datos relativos a la salud, enfermedades padecidas, datos de la actual enfermedad, problemas dentarios, etc. Se anota todo el cuadro relativo a sus posibles pasos por hospitales de tuberculosis, detallando fechas, tipos de tratamiento, conducta del enfermo, etc. Se hace una investigación con respecto al trabajo: tipo, salario, nombre de la empresa, compensaciones, ayudas familiares, etc. Si tiene caja de ahorros, si está mutualizado. Se investiga el grado de cultura, lecturas, nivel de vida. La hoja llenada para cada miembro de la familia es casi igual a la anterior. En cada una de estas hojas se anotarán los exámenes clínico-radiológicos que la persona se vaya haciendo. La visitadora con todos estos datos ha de hacer un resumen abarcando los siguientes tópicos: situación económica de la familia, situación social y civil de la familia, soluciones que se aconsejan. La visitadora social debe saber cómo están utilizando la pensión. Aconseja a la familia sobre la mejor manera

de utilizar ésta, así como de reglas de higiene. Informa de la obligación de los exámenes médicos. Obliga a legalizar las uniones libres; si hay hijos este requisito es menos estricto, pues se trata de proteger al niño con el subsidio. Exige a los miembros adultos del grupo que están en condiciones de trabajar, que busquen trabajo. Como quiera que las pensiones se votan generalmente de seis en seis meses, la visitadora tiene que realizar una nueva visita cuando está próximo a vencerse el plazo. Llena entonces las llamadas hojas de actualización. En cada revisión ha de ponerse en comunicación con el médico que los asiste para ver si cumple las instrucciones. El médico tiene que hacer un informe por escrito que la T.S. trae a la central. En estas visitas, las visitadoras controlan en qué forma gastan la pensión, revisando sus libretas de gastos. Si la emplean mal, se autoriza para que la visitadora cobre la pensión y la distribuya. Generalmente abre vales en panaderías, tiendas, etc. por una cantidad. Los niños de edad escolar, obligatoriamente, tienen que asistir a la escuela. La visitadora controla también el alquiler, pues pide le enseñen el recibo del mismo. Los familiares del enfermo tienen que pasar por rayos cada seis meses en Montevideo y cada un año en el interior; esto es controlado por la visitadora.

En el interior hay una visitadora por cada Departamento a excepción del de Canelones que tiene dos. En total 19. Su radio de acción es sumamente extenso aunque dicen que tratan de visitar los enfermos por lo menos una vez cada tres meses. Vienen una vez al mes a la ciudad para informar sobre su trabajo en una entrevista personal con el Jefe. Su trabajo es igual al de la ciudad en cuanto a la rutina de llenar las hojas sociales. Con frecuencia estas visitadoras tienen que llevar las placas vírgenes a los hospitales de las localidades para que atiendan a los enfermos; asimismo llevan frascos esterilizados especiales para recoger el material para examen de laboratorio. Envían esto por correo al Sanatorio Saint Bois el cual envía un informe al médico de la localidad y otro a la Comisión. Utilizan los recursos de la propia localidad. Los médicos que han de atender estos enfermos no son funcionarios de la Comisión sino del Ministerio de Salud Pública o un médico privado del enfermo. Cada enfermo ambulatorio tiene que tener una libreta adonde el Dispensario que lo atiende debe de informar por escrito las visitas que el enfermo ha hecho.

Veamos ahora los trámites a realizar para conceder una pensión.

El enfermo o un familiar solicitan la pensión llenando una hoja llamada de Declaración Jurada. Al final de esta hoja se hace una declaración en términos legalistas en la cual la persona jura que dice la verdad en cuanto a que es fulano de tal, que tiene un enfermo bacilar en la familia, que sus ingresos son tales, etc. Se

le entrega entonces orden de placa para el enfermo y de Abreugrafía para toda la familia. Esta Declaración Jurada va a la Oficina de Visitadoras. La visitadora correspondiente realiza la visita al hogar, llena todos los cuestionarios y rinde su informe. Aconseja en cuanto a la pensión de acuerdo a la necesidad. Unido este informe a la Declaración Jurada es revisado por una trabajadora social para ver que informe falta. Si el enfermo no está en el hogar porque está internado, la revisadora pide a la visitadora de hospitales que llene la hoja correspondiente. Si hay que hacer algún informe con respecto a diagnóstico en Dispensarios o a informes de trabajo, pasa al Inspector de Documentos. La revisadora retiene la ficha hasta que todo está listo. Pasa entonces a la Visitadora-Jefe quien lo envía al Médico Supervisor. Este da su informe desde el punto de vista médico e informa las placas. Da su opinión en cuanto a si debe o no ser pensionado. Pasa la ficha a compaginación. Aquí se ordenan de acuerdo a un orden pre establecido y se agrega a la ficha una hoja-resumen. Pega las fotos. Copia el diagnóstico médico. Resume la situación familiar, lo que aconseja el médico-supervisor. La ficha va entonces a la oficina del Coordinador el que decide la pensión. Todas las fichas de la semana se entregan a un funcionario que rinde un informe que ha de ser considerado por la Comisión Honoraria. En los periódicos sale semanalmente la lista de pensiones que se votan. Con la pensión ya votada la ficha pasa a Contaduría.

Labor realizada por la Comisión Honoraria. Los Dispensarios Móviles han realizado ya una gira completa por todo el País y se encuentran en su segunda gira. En el primer recorrido examinaron 888.632 personas. Hicieron 855.581 fotos y vacunaron con B.C.G., a 254.185 personas. Unida a ésto está la labor de propaganda que en sí constituye verdadera educación sanitaria. En este recorrido fueron descubiertos 5.000 enfermos. El costo aproximado a la Comisión por persona examinada fué de \$ 0.93 a \$ 0.95.

El sostenimiento de los Dispensarios costó en el año 1951, según el informe de contaduría, \$ 473.581.70, de los cuales \$ 327.413.09 fueron por retribución de servicios; \$ 96.923.01, por gastos de funcionamiento, y \$ 49.245.50 catalogado como gasto de elaboración final.

Los focos descubiertos por los Dispensarios Móviles es uno de los problemas que la Comisión tiene que afrontar. A pesar de tener más número de camas que muertos por T.B. al año, ésto no basta para dar asistencia a todos los enfermos que pueden detectarse en una investigación masiva como ésta. Sin duda el subsidio resuelve muchos problemas, si al mismo tiempo el enfermo es controlado en su propio hogar, pero ésto no basta, sobre todo en cuanto a los niños se refiere. Hemos oído opiniones en-

contradas entre los especialistas en la materia en este país; unos sostienen la tesis de que el niño vacunado o que se ha hecho por sí mismo alérgico, puede convivir en el hogar del tuberculoso, si se guardan reglas de higiene, sin gran peligro. Otros sostienen que ésto no debe suceder, pues hay grave riesgo para el niño. En cuanto a la protección que se debe al niño, creemos es muy preferible hacer el esfuerzo por aislar el foco o el niño del hogar. La Comisión está haciendo esfuerzos por crear Centros Tisiológicos Departamentales con la misión de control de toda actividad tisiológica en los departamentos y recientemente logró se le autorizara para colaborar en la parte asistencial; se supone que la Comisión se encargará de terminar el Sanatorio Musto para alcanzar el índice 2. En cuanto al Servicio de pensiones, se dieron durante el año 1951, 25.116 pensiones con un costo de \$ 1.634.512.88. Se nos informa que la pensión más alta otorgada ha sido de \$ 200. La mínima, de \$ 10. El promedio, de \$ 70. Examinando la tabla que da la cantidad e importe de las pensiones nuevas concedidas en el semestre julio-diciembre 1951, vemos que el promedio en ese semestre fué de \$ 55.10. Hubo dos pensiones de \$ 10 y sólo una de \$ 150 como máxima. Por nuestra parte estuvimos una tarde observando el pago de pensiones y tomando nota de ellas; nuestro promedio fué de \$ 82.

Durante el ejercicio de 1951, la Comisión presentó el siguiente balance:

Ingresos netos	\$ 4.038.869.86
Gastos	
Servicios de pensiones	" 1.634.512.88
Talleres de readaptación	" 13.016.64
Gastos de Oficina	" 109.276.66
" Dispensarios Móviles	" 473.581.60
Sueldos a funcionarios contratados	" 160.286.81
Amortizaciones activo fijo	" 27.274.09

Como podemos ver otra de las preocupaciones de la Comisión fué la de la readaptación del enfermo, y está haciendo algún esfuerzo en este sentido.

Como dato importante queremos decir que la mortalidad por tuberculosis ha descendido de 156 por cien mil habitantes en 1920 a 61 por cien mil en 1950. Se supone que el índice será aún más bajo para 1952.

COMENTARIO.

Al comienzo de este trabajo decíamos que haríamos un comentario dando nuestro punto de vista en relación a la Comisión

Honoraria. Debemos de dejar aclarado que este comentario no entraña una crítica, muy lejos de nuestro propósito semejante cosa. Como trabajadora social sabemos lo que cuesta construir y lo fácil que se destruye criticando. Dejamos constancia de nuestra admiración por la magnífica labor que realiza la Comisión Honoraria, y ésta no es la expresión corriente y a veces banal de una frase cortés, es, dicho en sencillas palabras, admiración verdadera y sentida. Creemos que es difícil reunir un grupo de hombres y mujeres con más amor y entusiasmo, con mayor convencimiento de la importancia de su misión que éste. Creemos también que a todos estos valores personales unen la capacidad técnica requerida, lo cual colma la aspiración de cualquier obra; pero el enfoque técnico de toda esta organización ha sido dado por médicos y falta el punto de vista de otros profesionales para lograr el equilibrio deseado. El punto de vista médico ha de ser, desde luego, el primero a considerar, pero ésto no excluye otros también importantes.

Comencemos por una de las fallas de la ley. "El subsidio cesará tres meses después del alta".

Todos sabemos lo relativa que es un alta en tuberculosis, así como que en la mayoría de los casos hay invalidez parcial para el trabajo. Un neumotorizado sigue recibiendo pensión puesto que se considera en tratamiento, pero un plasteado queda, tres meses después de su egreso del hospital, sin protección de ninguna clase. No cabe duda que el subsidio no puede mantenerse indefinidamente, pues económicamente sería imposible tal cosa, pero hay formas de resolver estos problemas y aun no se han aplicado a pesar de que la Comisión tiene ya un buen capital.

Vimos cómo se está haciendo algún esfuerzo para rehabilitar a los enfermos; en el ejercicio de 1951 se gastaron \$ 13.016 en talleres de readaptación, y en el año 1950 se gastaron \$ 16.770.

Visitamos el Hospital Saint Bois para conocerlo y allí comprobamos que está fracasado como sistema. Un distinguido médico (del cual habíamos leído trabajos hablando entusiásticamente de la readaptación), nos decía que no tenía valor alguno, que los enfermos no cooperaban, que habían ensayado el sistema de pagarles para que trabajaran, pero que también habían fracasado. Son personas, a juicio de este doctor, sin aspiraciones, sin deseos de mejorar, sin cultura de base. Estima que es mejor abandonar este esfuerzo.

Se nos informó después que en el Hospital Fermín Ferreira está mejor organizado. No pudimos comprobar ésto, pero en visitas a hogares de tuberculosos tuvimos la impresión de que no se atiende a la recuperación espiritual y a la capacitación de estos enfermos como era de esperar en un plan de esta magnitud.

En el Hospital Saint Bois no hay servicio social y ésto sorprende. No vamos a entrar a discutir lo mucho que una trabajadora social tiene que hacer en el campo médico. Todos sabemos cómo la enfermedad es fuente de conflictos y que hay múltiples factores unos inherentes a la personalidad del individuo (factores internos) otros debidos a situaciones especiales (factores externos) que crean situaciones difíciles, problemas emocionales algunas veces serios. La tuberculosis, como toda enfermedad que produce invalidez, requiere, además del tratamiento médico, la atención del paciente desde el punto de vista psíquico. El tuberculoso puede hacerse dependiente con facilidad, es un sentimiento de regresión muy común a esta enfermedad. El tuberculoso puede ser agresivo, es un sentimiento de frustración que acompaña a la incapacidad de valerse por sí mismo. Lo que la enfermedad significa para él es tan importante como la enfermedad misma y éste es el enfoque del trabajador social cuando está trabajando en colaboración médica. ¿Por qué ha fracasado la rehabilitación en Saint Bois? Porque se comenzó sin contar con el personal técnico requerido. Equivocadamente se trató de comprar la voluntad de un individuo sin voluntad, sin esperanzas, sin estímulos.

Cada persona incapacitada tiene un desequilibrio que hay que nivelar en él mismo, en su casa, en la industria, en la propia vecindad. La Trabajadora social con tacto y comprensión debe saber ayudar al paciente para que realice este indispensable ajuste, hay que penetrar en la intimidad del paciente enseñándolo a enfrentarse con la realidad de sus limitaciones, pero poniendo de relieve sus capacidades y sus posibilidades dentro de esas limitaciones. En todo plan de rehabilitación, la trabajadora social interviene desde el principio al fin, desde la admisión del paciente hasta su empleo. Ella labora junto al médico, al lado del paciente, en el propio hogar y cerca del consejero vocacional. Ella tiene la responsabilidad de contribuir a que los problemas sociales o de otro género impidan que el plan sea enterpecido. Ella tiene que ejercer cierta tutela, interviniendo más tarde en los planes de empleo. La rehabilitación termina cuando el enfermo va a trabajar. La falta de habilidad en el manejo del problema puede hacer fracasar definitivamente un plan de rehabilitación.

Acompañando a una visitadora social pudimos ver cómo en algunas ocasiones se subsidia un enfermo, se le da de alta, más tarde se vuelve a subsidiar por nuevo problema de T.B. En ese intervalo el posible sano fué a trabajar donde pudo y como pudo para enfermar de nuevo. Tiempo, dinero y esfuerzos perdidos. Si el enfermo hubiera sido rehabilitado y vigilado en un trabajo adecuado, es posible que ésto se hubiera evitado. Hay casos en que un paciente dado de alta no puede trabajar sino en forma limi-

tada. En otros países hay industrias especiales para estos casos como la Althro Work Shop cerca de New York; creemos que la Comisión debería considerar estos problemas. A nuestro modesto entender, ésta puede ser la vía oculta por donde se escape, en parte, el caudal de esfuerzos que la Comisión Honoraria está realizando. Hay otro problema importante que no queremos dejar sin comentario: la atención del hogar tuberculoso.

Como vimos hay visitadoras sociales que hacen el informe de este hogar y exigen reglas mínimas que hay que cumplir. Esto se hace en una forma impositiva. La colaboración de los individuos no es espontánea. La filosofía parece ser "recibo tanto y a cambio doy tanto" muy lejos de la filosofía del trabajo social. El trabajo social trata de poner en juego las potencialidades latentes que el individuo tiene a fin de enseñarlo a valerse por sí mismo, logrando el mejor ajuste de ese individuo al medio. En todo hogar tuberculoso hay, además del desequilibrio económico, otro importantísimo de desajuste entre los miembros que componen el hogar y muchas veces con la pequeña comunidad circundante. Hay también la tendencia manifiesta a hacerse dependiente. Se nos dice que las visitadoras sociales han de enseñar a estos hogares reglas mínimas de higiene. Acompañamos durante una tarde a una visitadora muy conocedora y consciente de sus obligaciones, pudimos visitar seis hogares; en cinco de ellos se vivía sin higiene de ninguna clase, en promiscuidad. Estas visitadoras tienen que rendir un mínimo de visitas al día. Ellas van al hogar inclusive para informar a los pacientes que su pensión ha sido concedida. No ven jamás al paciente en su oficina, en forma tranquila, donde puedan hablar con él sin la premura del tiempo. Para una trabajadora social que quiera hacer una buena labor el factor tiempo es importante. Hay que escuchar al cliente dándole todo el tiempo que él requiera para llegar a comprender "su problema" y ayudarlo a vencerlo. Estas visitadoras que pueden ofrecer algo valedero (subsidiado) están en mejor posición que otras para hacer verdadero trabajo social. A nuestro juicio ellas están realizando esfuerzos inútiles, muchas de las visitas que realizan al hogar, con gran pérdida de tiempo, son innecesarias. Esos pacientes tienen que tomar una parte más activa en el problema. A ellos corresponde averiguar si su pensión fué ya votada, pues éste es su interés. Los hacen demasiado dependientes de otros y con ésto limitan a la visitadora, pues pierde un tiempo precioso en una gestión que no le corresponde. La visitadora dice cómo se debe vivir, pero si la familia no colabora ella está frente a un dilema: quitarle el subsidio o dejarlo pasar. Humanamente es mejor dejarlo pasar, aún cuando esté consciente de que no está haciendo trabajo social, sino caridad. Para poder apreciar el trabajo de la

visitadora, está su jefe que ha de ser un trabajador social con años de experiencia en el trabajo activo, única forma de valorar el trabajo. Calidad v/s cantidad. Se me dirá que la cantidad es también importante, lo sabemos, pero, a fuer de honestos, queremos dejar sentada nuestra opinión. La cantidad no debe perjudicar la calidad del trabajo.

Esto que aquí dejamos escrito no es una crítica, es una modesta sugerencia de una trabajadora social que se ha sentido conmovida y emocionada al ver con cuánto respeto y responsabilidad encaran los uruguayos sus problemas. Sabemos que en ningún plan de esta magnitud se puede alcanzar la meta desde su inicio. Hay que ir venciendo etapas sucesivas y hasta que no está una vencida no hay que pensar en afrontar la otra. Jerarquizando los esfuerzos, la Comisión ha superado las etapas que lógicamente debía de vencer primero. Es tan bella la labor que están realizando, que se nos antojó de momento colocar la mano sobre las estrellas. ¿Estamos con ésto ya fuera de la realidad? Creemos que no, toda la labor de la Comisión nos indica que están ya en la posibilidad de colocar las manos sobre las estrellas sin levantar los pies del suelo.

BIBLIOGRAFIA

BARBEROUSSE, Dr. Carlos M. — "Patología y clínica del niño en edad preescolar". Montevideo, Imp. L.I.G.U., Paysandú 1011. 1944. 136 p.

COMISION HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA. Montevideo. Boletín de estadística, julio-diciembre 1951. Año V, N° 15. Montevideo. Uruguay. 50 p.

Informe anual de contaduría. Ejercicio de 1951. Montevideo. Uruguay.

La lucha antituberculosa en el Uruguay. Montevideo, Ministerio de Salud Pública. 12 p.

DOMINGO, Dr. Pedro. — Puede erradicarse la tuberculosis en Cuba. "Revista cubana de tuberculosis". Año IX, N° 2-3-4. Abril-diciembre 1945.

ESCARDO Y ANAYA, Dr. Victor. — La protección del niño tuberculoso en Uruguay. Montevideo.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Uruguay. — Casa Maternal. 1950.

Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa. Disposiciones legales y administrativas relativas a su funcionamiento. Montevideo.

Memoria de la Cruzada Antituberculosa Nacional. Montevideo, Uruguay. 1949. 139 p.

MOURE, Dra. Elena. — Comentarios al margen de Organización de la Comunidad. Segundo Seminario Regional sobre Asuntos Sociales. Unión Panamericana. San Salvador. 1950.

Organización de Departamento de Servicio Social en Hospitales. Primer Congreso Panamericano de Medicina Social. La Habana, 1948.

Material sin publicar

GORLERO, Dr. Rubén. — La tuberculosis, su prevención por el B.C.G. Material del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.

PANIZZA, Dr. Angel. — La tuberculosis, su protección por el B.C.G. Material del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.

LAS ESCUELAS DE SERVICIO SOCIAL DE LAS AMERICAS Y SUS PROGRAMAS EN RELACION CON LA PROTECCION DE LA FAMILIA Y DEL NIÑO

Por la señora Inés Pedrasa de Leiva
(Chile)

La Asistencia Social moderna considera a la familia la institución social fundamental de toda colectividad, y sus mayores esfuerzos tienden a su afianzamiento. Es así como en el panorama asistencial, se puede observar que un programa médico-sanitario no atiende al individuo aisladamente, sino que se proyecta al grupo familiar, dándole especial importancia al normal desarrollo físico del niño. Tenemos entonces, que la familia y el niño como sujeto central de ella, constituyen y deben constituir el motivo de inspiración y esfuerzo en la realización de programas médicos, sociales, educacionales, etc., ya que mientras la primera es la base de todo grupo social, el segundo es el futuro proyectado con miras a la obtención de una vida más feliz y provechosa.

Varios son los métodos de trabajo con que se cuenta hoy día en la aplicación de programas asistenciales, métodos que procuran abarcar todas las facetas de la vida del hombre. Se comienza desde la atención de su vida intrauterina, por medio del cuidado médico-social de la madre embarazada, para llegar hasta la estructuración de seguros sociales que contemplan el seguro de vejez, como medio de dar a todo ser humano la certeza de no llegar al término de su vida en total desamparo.

La complejidad de la vida moderna no permite que los métodos a emplearse actúen independientemente, ya sea entre ellos, o ya sea entre el individuo y su medio, y por ésto, a medida que avanza lo que hoy concebimos por civilización, que a su vez significa un aumento progresivo de problemas, se ha llegado como consecuencia al afinamiento, entre otros de los sistemas de caridad y acción social, perfeccionándolos con nuevas técnicas y denominándolos Servicio Social. Se ha pretendido primeramente con ésto, que la ayuda que el Estado o los particulares otorgan a quienes están en condiciones de necesidad, sea ofrecida en forma justa, científica, y con el propósito de obtener el reajuste del individuo, para que su estado de dependencia no sea crónico y en segundo lugar, para que el Servicio Social sirva de enlace entre cualquier forma asistencial y el individuo y su medio.

Se ha dicho: "coloquemos al Servicio Social como uno de los

instrumentos efectivos de la reconstrucción social". (1) Esto implica que esta nueva profesión asuma trascendentales y enormes responsabilidades, ya que su función primordial es frente al hombre y a su ajuste al medio ambiente. De todos es sabido cuán compleja es la conducta humana y cuánto esfuerzo significa el evitar su desviación.

Le preocupación universal por el niño y la familia ha llegado a la creación de organismos que como el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia se ha especializado como centro —en las Américas— para el estudio, desarrollo y coordinación de todos los métodos asistenciales de protección al niño. En la reunión de abril de 1949 del Consejo Directivo del Instituto la señora Elisabeth Shirley Enochs, delegada de Estados Unidos de América en sustitución de Miss Katharine F. Lenroot, propuso que se conociera a través de una encuesta, el enfoque que en la preparación profesional del trabajador social, se daba en las Escuelas de Servicio Social de las Américas en lo relacionado con la protección social del niño y la familia. Aceptado el planteamiento, el Instituto envió una encuesta a las Escuelas de Servicio Social y que tiene el siguiente contenido.

CUESTIONARIO

1. Nombre de la Escuela.
2. Es una organización oficial o privada. En este último caso ¿Depende de alguna organización religiosa o laica?
3. ¿Forma parte de alguna Universidad, Colegio o Casa de estudios superiores?
4. ¿Hay en los programas de estudio alguna parte que se relacione expresamente con la protección social de la familia y del niño?
5. Qué dice el programa al respecto.
6. ¿Han realizado los alumnos trabajos de seminario sobre ese tema? En caso afirmativo ¿podrían obtenerse copias?
7. Dentro de los trabajos prácticos ¿los alumnos realizan directamente trabajos con niños?
8. ¿En qué consisten tales trabajos?
9. ¿Cuántos meses y cuántas horas semanales destinan a trabajos con niños?
10. ¿En dónde se realizan los trabajos?
11. ¿Presenta dificultades el trabajo efectivo con niños? En caso afirmativo ¿cuáles son las dificultades y cómo se salvan?

(1) Luis C. Mancini. Director de la División de Asuntos Sociales y de Trabajo de la Unión Panamericana.

12. El programa de trabajo con niños ¿es obligatorio para todos los estudiantes, o es facultativo como especialidad? En este último caso ¿los estudios dan lugar a un título especial?
13. ¿Convendría modificar el programa de esa Escuela desde los puntos de vista teórico y práctico en cuanto se relaciona con la protección social del niño?
14. Otras consideraciones sobre la cuestión.

Los países a que se le envió fueron los que a continuación se indican:

ARGENTINA.

Escuela de Asistentes Sociales. — Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. — Universidad Nacional de Buenos Aires. — Flgueroa Alcorta 2263. — Buenos Aires.

Escuela de Asistencia Social. — Instituto de Cultura Religiosa Superior Femenina. — Rodríguez Peña 1054. — Buenos Aires.

Escuela de Servicio Social. — 27 de Abril 918. — Córdoba.

Escuela de Servicio Social. San Luis 331. — Mendoza.

Escuela de Servicio Social. — Entre Ríos 138. — Rosario. — Santa Fe.

Escuela de Servicio Social. — Santa Fe 547. — San Juan.

Escuela de Visitadoras de Higiene Social. — Rivadavia 2933. — Santa Fe.

Escuela de Servicio Social. — San Martín 2337. — Santa Fe.

Escuela de Servicio Social. — Escuela Normal Juan B. Alberdi. — Muñecas y Mendoza. — Tucumán.

Escuela de Servicio Social del Museo Social Argentino. — Uruguay 718. — Buenos Aires.

Escuela de Visitadoras y Visitadores de Higiene Mental. — Donato Alvarez 350. — Buenos Aires.

Escuela de Servicio Social. — Patronato de Menores de la Provincia de Entre Ríos. — Córdoba 189. — Paraná.

BOLIVIA.

Escuela de Asistencia Social y Educación Popular. — Casillas 922. — La Paz.

BRASIL.

Escola "Ana Nery". — Curso de Assistencia Social. — Av. Rui Barbosa 762. — Botafogo. — Rio de Janeiro.

Escola de Serviço Social. — Rua Prof. Antonio Aleixo 350. — Belo Horizonte. — Minas Gerais.

Escola de Servço Social. — Av. Jaime Reis 415. — Curitiba. — Paraná.

Escola de Serviço Social. — Juizo de Menores. — Rua Tapajoz 138. — Manaos. — Amazonas.

Escola de Serviço Social. — Rua Campos Sales 759. — Natal. — Rio Grande do Norte.

Escola de Serviço Social. — Praça Dom Sebastiao № 2. — Porto Alegre. — Rio Grande do Sul.

Escola de Serviço Social. Rua Conde da Boa Vista 1512. — Recife. — Pernambuco.

Escola de Serviço Social. — Rua Sabará 413. — Sao Paulo.

Escola de Serviço Social da Bahia. — Av. Sete de Setembro, 1º andar. — Cidade do Salvador. — Bahia.

Escola de Serviço Social de Niteroi. — Rua Tiradentes 148. — Icarai. — Niteroi. — Estado de Rio de Janeiro.

Escola Técnica de Assistencia Social "Cecy Dodsworth". — Prefeitura do Distrito Federal. — Av. Franklin Roosevelt 115. — 2º andar. — Rio de Janeiro.

Escola Técnica de Serviço Social. — Av. Rio Branco 199. — Rio de Janeiro.

Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Rio de Janeiro. — Edificio Darke. — Av. 13 de Maio 23. — 12º andar. — Rio de Janeiro.

Instituto de Serviço Social. — Rua Quintino Bocaiuva 176. — 3º andar. — Sao Paulo.

Escola de Serviço Social do Instituto Social. — Universidade Católica de Rio de Janeiro. — Rua Humaytá 170. — Rio de Janeiro.

COLOMBIA.

Departamento de Servicio Social. — Colegio Mayor de Cultura Femenina de Cundinamarca. — Calle 59 № 9-16. — Bogotá.

Escuela de Servicio Social. — Av. Derecha № 42 - 48. — Medellín. — Antioquia.

Escuela de Servicio Social Anexa al Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. — Calle 35 № 6-29. — Bogotá.

COSTA RICA.

Escuela de Servicio Social. — San José.

CUBA.

Escuela de Servicio Social. — Facultad de Educación de la Universidad de La Habana. — Edificio Enrique J. Varona. — Habana.

CHILE.

Escuela de Servicio Social Dr. Lucio Córdova. — Universidad Nacional. — Tucapel 45. — Concepción.

Escuela de Servicio Social Dr. Lucio Córdova. — Universidad de Chile. — Huérfanos 1692. — Santiago.

Escuela de Servicio Social Dr. Lucio Córdova. — Universidad de Chile. — Manuel Montt 565. — Temuco.

Escuela de Servicio Social "Elvira Matte de Cruchaga". — Vicuña Mackenna 360. — Santiago.

Eseuela de Servicio Social. Universidad de Chile. — Colón 2128. — Valparaíso.

ECUADOR.

Escuela de Servicio Social Mariana de Jesús. — Calle Venezuela 378. — Quito.

Escuela Nacional de Servicio Social. — Ministerio de Previsión Social. — Calle Vergas 276. — Quito.

ESTADOS UNIDOS y CANADA.

Atlanta University School of Social Work. — 247 Henry Street, S. W. — Atlanta, Georgia.

Boston College, School of Social Work. — 126 Newbury Street. — Boston 16, Massachusetts.

Boston University School of Social Work. — 84 Exeter Street. — Boston 16, Massachusetts.

University of British Columbia. Department of Social Work. — Vancouver, British Columbia. — Canadá.

Bryn Mawr College. — Carola Woerishoffer. — Graduate Department of Social Economy and Social Research. — Bryn Mawr. — Pennsylvania.

University of Buffalo. — School of Social Work. — 25 Niagara Square. — Buffalo 2. — New York.

University of California. — School of Social Welfare. — Berkeley 4. — California.

Carnegie Institute of Technology. — Department of Social Work.
— Pittsburgh 13. — Pennsylvania.

Catholic University of América. National Catholic School of Social Service. — Washington 17, D. C.

University of Chicago. — School of Social Service Administration.
— Chicago 37. — Illinois.

University of Denver. — School of Social Work. — Denver 10.
— Colorado.

Fordham University. — School of Social Service. — 134 East 34 th Street. — New York 16.

University of Hawaii. — School of Social Work. — Honolulu 10.
— Hawaii.

Howard University. — Graduate School of Social Work. Washington 1, D. C.

University of Illinois. — Division of Social Welfare Administration. — Urbana. — Illinois.

Indiana University. — Division of Social Service. — 122 East Michigan Street. — Indianapolis 4. — Indiana.

University of Kansas. — Department of Social Work. — Lawrence. — Kansas.

Louisiana State University. — School of Social Welfare. — Baton Rouge 3. — Louisiana.

University of Louisville. — The Raymond A. Kent School of Social Work. Louisville 8, Kentucky.

Loyola University. — School of Social Work. — 820 N. Michigan Av. Chicago, 11. Illinois.

McGill University. — School of Social Work. — 3600 University St. Montreal. — Quebec. — Canadá.

University of Michigan. — Institute of Social Work. — 60 Farmsworth Av. — Detroit 2. — Michigan.

University of Minnesota. — School of Social Work. — Minneapolis 14, Minnesota.

University of Missouri. — Department of Social Work. — Columbia ,Missouri.

Nashville School of Social Work. — 412 21 st. Avenue. — South Nashville, 4. — Tennessee.

University of Nebraska. — Graduate School of Social Work. — Lincoln 8, Nebraska.

New York School of Social Work of Columbia University. — 122 East, 22nd. St. New York 10.

University of North Carolina. — Division of Public Welfare and Social Work. — Chapel Hill. North Carolina.

Ohio State University of Social Administration. — Graduate Program. — Columbus 10. — Ohio.

University of Oklahoma. — School of Social Work.

Our Lady of the Lake College. — Graduate School of Social Service. — San Antonio 7. — Texas.

Pennsylvania School of Social Work of the University of Pennsylvania 2410 Pine Street. — Philadelphia 3. — Pennsylvania.

University of Pittsburgh. — School of Social Work. — Pittsburgh 15. — Pennsylvania.

University of Puerto Rico. — Department of Social Work. — Rio Piedras. — Puerto Rico.

St. Louis University. — School of Social Service. — 221 N. Grand Boulevard. — St. Louis 3. — Missouri.

Simmons College. — School of Social Work. — 51 Commonwealth Avenue. — Boston 16. — Massachusetts.

Smith College School for Social Work. — Northampton. — Massachusetts.

University of Southern California. — Graduate School of Social Work. — Los Angeles, 7. — California.

University of Toronto. — School of Social Work. — Toronto 5. — Ontario. — Canadá.

Tulane University. — School of Social Work. — New Orleans 15. — Louisiana.

University of Utah. — School of Social Work. — Salt Lake City 1. — Utah.

State College of Washington. — Graduate School of Social Work. — Pullman. — Washington.

University of Washington. — Graduate School of Social Work. — Seattle 5. — Washington.

Washington University. — The George Warren Brown School of Social Work. St. Louis, 5. — Missouri.

Wayne University. — School of Public Affairs and Social Work. — Detroit 2. — Michigan.

West Virginia University. — Department of Social Work. Morgantown. — West Virginia.

Western Reserve University. — School of Applied Social Science. — Cleveland 6. — Ohio.

College of William and Mary. — Richmond School of Social Work. — 901. West Franklin St. — Richmond 20. — Virginia.

University of Wisconsin. — Department of Social Work. — Madison 6. — Wisconsin.

GUATEMALA.

Escuela de Servicio Social. — Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. — 5^a Calle y 8^a Avenida. — Guatemala.

MEXICO.

Escuela de Servicio Social. — Liverpool 41. — México D. F.
Escuela de Trabajadores Sociales. — Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. — Universidad Nacional Autónoma. — San Ildefonso N° 28. — México D. F.
Escuela de Trabajo Social. — Calzada de Guadalupe 424. — México D. F.
Instituto de Trabajo Social. — Arramberri y Serafín Peña. — Monterrey, Nuevo León.

PANAMA.

Escuela de Servicio Social. Universidad de Panamá. — Panamá.

PARAGUAY.

Escuela de Visitadoras Sociales. — Capitán Bado y Gral. Artigas. — Asunción.

PERU.

Escuela de Servicio Social. — Paseo Colón. — Lima.

PUERTO RICO.

Departamento de Trabajo Social. — Universidad de Puerto Rico. — Río Piedras.

URUGUAY.

Escuela de Servicio Social. — Lavalleja 1824. — Montevideo.
Instituto Técnico de la Federación Suramericana de Asociaciones Cristianas de Jóvenes. — Calle Colonia 1084. — Montevideo.

VENEZUELA.

Escuela de Servicio Social. — "Villa Francia". — Plaza de la República. — El Paraíso. — Caracas.
Escuela de Servicio Social Católica. — Sordo a Peláez N° 39. — Caracas.

De este total se recibieron las respuestas a la encuesta de 36 Escuelas en la siguiente proporción:

País	Nombre de la Escuela	Ubicación	Organización
ARGENTINA	1. Escuela de Asistentes Sociales de la Facultad de Derecho. — Universidad.	Bs. Aires	Oficial
	2. Escuela de Servicio Social.	Rosario	Oficial
BRASIL	3. Escola de Serviço Social.	Natal	Privada
	4. Escola de Serviço Social.	Pernambuco	Privada
	5. Escola de Serviço Social.	Porto Alegre	Privada
	6. Escola de Serviço Social.	Niteroi	Semi-oficial
	7. Escola Técnica de Assistência Social Gecy Dodsworth.	Rio Janeiro	Oficial
	8. Escola de Serviço Social da Bahia.	Bahia	Privada
	9. Escola de Serviço Social. Universidade Católica.	Rio Janeiro	Privada
	10. Escola de Serviço Social do Paraná	Paraná	Privada
COLOMBIA	11. Escuela Superior de Estudios Sociales.	Bogotá	Oficial
	12. Escuela de Servicio Social.	Bogotá	Privada
COSTA RICA	13. Departamento de Servicio Social. — Universidad de Costa Rica.	San José	Oficial
CUBA	14. Escuela de Servicio Social. — Universidad de La Habana.	La Habana	Oficial
CHILE	15. Escuela de Servicio Social "Alejandro del Río".	Santiago	Oficial
	16. Escuela de Servicio Social. — Universidad de Chile.	Concepción	Oficial
	17. Escuela de Servicio Social "Dr. Lucio Cór-		

País	Nombre de la Escuela	Ubicación	Organización
	dova". — Universidad de Chile.	Santiago	Oficial
	18. Escuela de Servicio Social. — Universidad de Chile.	Valparaíso	Oficial
	19. Escuela de Servicio Social "Elvira Matte de Cruchaga".	Santiago	Privada
ECUADOR	20. Escuela Nacional de Servicio Social.	Quito	Oficial
ESTADOS UNIDOS	21. The New York School of Social Work. — Columbia University.	New York	Privada
	22. Boston College School of Social Work.	Boston	Privada
	23. School of Social Work. — Boston University.	Boston	Privada
	24. School of Social Work. — The Tulane University of Louisiana.	New Orleans	Privada
	25. School of Social Work. — Loyola University.	Chicago	Privada
	26. The National Catholic School of Social Service. — The Catholic University of America.	Washington, D. C.	Privada
	27. Nashville School of Social Work.	Nashville Tennessee	Privada
	28. División of Social Welfare Administration. — University of Illinois.	Urbana	Oficial
	29. School of Social Work. — University of Minnesota.	Minneapolis	Oficial
	30. Division of Social Service. — Indiana University.	Indianápolis	Oficial
	31. Department of Social Work. — Carnegie Institute of Technology.	Pittsburgh Pennsylvania	Privada

País	Nombre de la Escuela	Ubicación	Organización
GUATEMALA	32. Institute of Social Work. — University of Michigan.	Detroit	Oficial
	33. Escuela de Servicio Social. — Instituto Guatemalteco de Seguridad. (Carta de respuesta sin información).		
PANAMA	34. Escuela de Servicio Social. — Universidad de Panamá. (Carta de respuesta sin información).	Guatemala	Oficial
PARAGUAY	35. Escuela de Visitadoras Sociales. — Ministerio de Salud Pública y Previsión Social.	Panamá	Oficial
PERU	36. Escuela de Servicio Social del Perú.	Asunción	Oficial
PUERTO RICO	37. Departamento de Trabajo Social. — Universidad de Puerto Rico.	Lima	Oficial
URUGUAY	38. Escuela de Servicio Social del Uruguay.	Puerto Rico	Oficial
		Montevideo	Privada

Además de la respuesta, 16 Escuelas enviaron adjuntos a ella catálogos de los cursos y requisitos y 6 Escuelas norteamericanas los enviaron en forma aislada. Estas seis Escuelas se le computan a Estados Unidos en la información general, teniendo entonces un total de 18 Escuelas.

Los 22 catálogos fueron revisados con el propósito de obtener una mayor abundancia de datos. Por otra parte, se consultó bibliografía, lo que permitió incluir en este trabajo dos países más, Venezuela con una Escuela y México con otra. Incluido el material anteriormente citado, el total de Escuelas cuyos programas fueron analizados alcanza a 44.

La encuesta dirigida a las Escuelas de Servicio Social abarca 14 puntos o preguntas, de las cuales se han seleccionado dos, la 4^a y la 12^a, por estar en directa relación con el problema que se aborda en este trabajo y porque sus respuestas fueron más precisas. El resto de las preguntas, a excepción de la 1^a, 2^a y 3^a están

interpretadas en forma muy variada o no se han respondido, lo que no ha permitido formarse un juicio para hacer un análisis del total de la encuesta.

En todo caso, todo el material de las respuestas ha sido considerado para formarse una opinión de conjunto frente al problema y para poder ofrecer mayores datos.

Veámos ahora qué hay respecto del punto 4º que dice: ¿Hay en los programas de estudio alguna parte que se relacione expresamente con la protección social de la familia y del niño?

Esta pregunta fué contestada afirmativamente por las 36 Escuelas que respondieron al cuestionario. El contenido afirmativo de esta respuesta y que se puede interpretar al revisarse las otras respuestas y los catálogos, significa preferentemente que en todas las Escuelas de Servicio Social se estudia al hombre desde su nacimiento, su vida familiar, etc., al hacer la práctica de C.S.I. que es el método base de Servicio Social y que por lo tanto, se enseña en todas ellas. Pero al conocer más en detalle los programas se puede apreciar, como lo veremos más adelante, que hay diferencias entre los programas de las escuelas latino americanas y de las escuelas norteamericanas.

Con el propósito de ofrecer un panorama más claro, analizaremos los cursos teóricos que se programan en las Escuelas de Servicio Social. Asimismo estos cursos los hemos dividido en dos grupos:

Cursos teóricos específicos.

Cursos teóricos complementarios, facilitando así el estudio de ellos y el panorama que se presenta.

Las 26 Escuelas Latinoamericanas pertenecientes a Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela, incluyen en sus programas cursos teóricos que enfocan la familia y el niño. Estos programas se incluyen; en orden de frecuencia se especifican a específicos del Servicio Social que inciden en la totalidad de las Escuelas, tales como:

Caso Social Individual.

Servicio Social en la familia.

Servicio Social en protección materno infantil.

Respecto de Servicio Social de Grupo podemos decir que de la lectura de las respuestas, catálogos y revistas, hasta 1949 se incluía en los programas de los siguientes países:

Argentina en 2 escuelas

Brasil " 6 "

Costa Rica " 1 "

Cuba " 1 "

Chile " 4 "

Ecuador " 1 "

Méjico " 1 "

En cuanto a los otros cursos teóricos complementarios relacionados con la familia y el niño, en la casi totalidad de los programas se incluyen; en orden de frecuencia se especifican a continuación:

- 19 Legislación social, que comprende legislación respecto de la familia, de la mujer y del menor.
- 20 Delincuencia.
- 30 Psicología del niño.
- 40 Higiene mental y Psiquiatría.
- 50 Medicina y Previsión social.
- 60 Nutrición.
- 70 Puericultura. (Establecida específicamente en 8 respuestas).
- 80 Pedagogía. (Establecida específicamente en 3 respuestas).

Las Escuelas de Servicio Social Norteamericanas presentan el siguiente panorama, en lo que a cursos teóricos se refiere:

De los cursos teóricos específicos de Servicio Social, sólo es general a todas las Escuelas el de Caso Social Individual orientado hacia la familia y el niño. Servicio Social de Grupo constituye en la casi generalidad una especialización, por lo tanto no es obligatorio, sino para el alumno que se interesa graduarse como "Group Worker" o se especializa para trabajar en instituciones destinadas al Trabajo de Grupo. Sólo un pequeño número de Escuelas lo tiene entre sus requisitos teóricos en el programa general para obtener el título.

En lo que respecta a Servicio Social en relación con Bienestar Infantil (Child Welfare), sólo 6 Escuelas lo tienen como requisito de programa general. Para el resto implica una especialización, pues todas las Escuelas presentan cursos electivos tales como:

- Colocación Familiar.
- Bienestar Infantil.
- Caso Social Familiar.
- Protección del Niño.
- Servicio Social Psiquiátrico.
- Caso Social Individual con niños.

Los cursos teóricos complementarios relacionados con bienestar del niño y familia son numerosos, y en la mayoría de los programas son optativos.

Los de carácter general con vistas a la especialización que con mayor frecuencia se incluyen, son:

- Psicología.
- Psiquiatría.
- Higiene Mental.
- Bienestar Público. (Public Welfare).
- Nutrición.

Delincuencia Juvenil y Libertad Vigilada, etc.

Además se amplían los cursos específicos de Servicio Social, como el de Caso Social Individual y otros, acentuando la especialización y así podemos ver cursos denominados:

Caso Social Familiar.

Caso Social con Niños.

Child Guidance (Clínicas de Conducta).

Caso Social Psiquiátrico.

Cuidado del Niño en Instituciones.

Servicios Sociales para Niños.

Problemas en la administración del Bienestar del Niño, etc.

Veámos ahora la pregunta Nº 12 que en su primera parte dice: ¿El programa de trabajo con niños es obligatorio para todos los estudiantes o es facultativo como especialidad? Esta pregunta dice relación con el trabajo práctico que realizan los alumnos y nuevamente aquí encontramos diferencia entre las Escuelas latinas de las Escuelas norteamericanas.

Entre las primeras la práctica en Servicio de atención a la familia y al niño es obligatoria en 19 de ellas y es electiva en 7. De las 18 escuelas norteamericanas consideradas en este trabajo, la práctica es electiva en todas ellas, sólo dos tienen, previa a la especialización, trabajo práctico obligatorio en Servicios de Asistencia Familiar e Infantil.

Ahora bien, las prácticas de las Escuelas latinoamericanas se hacen preferentemente en servicios de atención médico social del binomio madre-hijo; en Cortes Juveniles o Juzgados de Menores; en Servicio Social de Grupo; en Hogares para menores en situación irregular; en Jardines Infantiles; en Hospitales de Niños, etc.

Estas prácticas se programan en general en forma rotativa a través del o de los años de estudio, y todas las alumnas tienen la misma medida en la realización de su práctica. En las escuelas norteamericanas, la práctica tiene relación directa con la especialización elegida por el interesado, el que la realiza en una o más instituciones seleccionadas, de acuerdo con la especialización, tales como:

Clínicas de Conducta.

Servicios de Bienestar Público del Niño.

Hogares para Niños.

Agencias de Colocación Familiar.

Centros Comunales o Settlements, etc.

De las 7 Escuelas Latinoamericanas que tienen práctica optativa, 4 son brasileñas, 1 de Colombia, 1 de Costa Rica, y la Escuela de Servicio Social de Puerto Rico. Todas ellas hacen las prácticas en agencias o instituciones similares a las anteriormente mencionadas.

La pregunta N° 12 incluye además otro punto de vista que dice si en el caso de ser facultativo el trabajo con niños, da lugar a un título especial. El cómputo de este punto se hace exclusivamente sobre la base de las 36 Escuelas que respondieron a la encuesta. En general el título se otorga sin distingos de especialidades. Sólo una escuela norteamericana y la de Puerto Rico hacen referencia a la especialidad en "Bienestar del Niño" la primera, y "Trabajo con Niños" la segunda, pero no dan un título diferente. Una escuela norteamericana da título especializado sin especificarlo en qué consiste, y una escuela brasileña confiere el título de "Puericultor", pero en la respuesta no se establece qué relación hay entre Servicio Social y la función de este profesional. Los títulos que más frecuentemente se usan son de "Master of Social Work" en los Estados Unidos, y de Visitadora Social, Asistente Social o Trabajadora Social en los países latinoamericanos.

La falta de uniformidad en las respuestas no permite, como ya se ha dicho, hacer un análisis más profundo y sistemático de la encuesta, como asimismo, no se puede dejar de apreciar que de las 101 encuestas enviadas, sólo se obtuvo respuesta efectiva de un 36 %, ya que no se han tomado en cuenta dos cartas que informaban haber recibido el cuestionario, pero no lo contestaban.

Del cuadro general antes expuesto, se puede deducir fácilmente que hay diferencias entre los programas de estudio de las escuelas de Servicio Social norteamericanas y las Escuelas de Servicio Social Latinoamericanas. Estas diferencias pueden basarse no solamente en las normas mismas en que se imparte la educación en ambas Américas, sino que también las formas de vida difieren profundamente. Latinoamérica se debate en niveles de vida inferiores, (educación, habitación, salarios, sanidad, etc.) a los de Norteamérica; esto obliga al Servicio Social a enfocar los problemas sociales yendo de lo general a lo particular, de lo objetivo a lo subjetivo. No puede partir de la especialización ya que sus trabajadores sociales deben tener una preparación profesional que les permita enfrentar al individuo rodeado por situaciones apremiantes, las más de ellas de carácter material. Su trabajo, cualquiera que sea su campo de acción, llega a la familia y por ende al niño, por lo tanto su preparación profesional contiene aquellos elementos técnicos esenciales que lo preparan para actuar con sensibilidad y criterio frente a los problemas sociales del medio en que actúa.

Desgraciadamente, la forma en que se confeccionó la encuesta y las respuestas recibidas no permiten conocer el verdadero contenido de los cursos, ni dejan apreciar la orientación y significado que se da en cada país y en cada Escuela al título profe-

sional que responde a las técnicas de Servicio Social. Sólo se han podido hacer comentarios generales sin mayor profundidad. Sin embargo, no es aventurado decir que el "sí" o el "yes" de las respuestas al punto 4º que se encontró en las 36 respuestas, puede interpretarse como la aceptación por todas las Escuelas de que es imperioso que en la preparación profesional del trabajador social, se tenga como base amplia y fundamental el estudio y conocimiento del significado social de la familia y del niño. Al poder llegar a conocer exactamente sus valores, los problemas que los afectan, y lo que se puede hacer en beneficio de ambos, podemos asegurar que tenemos en nuestras manos la herramienta base del trabajo que los profesionales del Servicio Social están llamados a realizar aportando sus técnicas en todos aquellos programas que persiguen la estructuración de un mundo mejor.

Montevideo, julio 31 de 1952.

Inés Pedrassa de Leiva
Delegada de Chile

BIBLIOGRAFIA

1. JONES, Robert. — Social Service Schools in Latin America. — "Boletín de la Of. Panamericana", Sept. 1942.
2. Escolas de S. S. da América Latina. — "Serviço Social", São Paulo. — Sept. 1943.
3. JONES, Robert. — Las Escuelas de S. S. en América Latina. — "Revista de S. S." San Juan de Puerto Rico, Abril 1949.
4. Fundamentos del nuevo plan de la Escuela de Servicio Social. — "Revista de la Escuela de Servicio Social de Santa Fe". Argentina, Setiembre 1945.
5. KFOURI, Nadir Gouves. — Dificultades y soluciones encontradas en la formación de las Asistentes Sociales. — "Servicio Social". Santiago de Chile, Setiembre 1949.
6. Organización y preparación de enfermeras y visitadoras sociales en los servicios maternales e infantiles. Trabajo presentado por Colombia al VIII Congreso Panamericano del Niño. San José de Costa Rica. — Publicación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Colombia.
7. Adiestramiento de personal para servicio social "Asistencia". México, Junio 1942.
8. Decreto sobre Estudios y Escuela de Servicio Social. "Unidad Sanitaria". Caracas, Venezuela, Setiembre 1950.
9. GUASTAVINO URETA, Emma. — Preparación profesional del asistente social. "Servicio Social". Santiago de Chile, Setiembre-Diciembre 1948.
10. MANCINI, Luis Carlos. — Responsabilidad del trabajador social ante la comunidad. — "Servicio Social". Santiago de Chile, Setiembre-Diciembre 1949.
11. La formación de los agentes del Servicio Social de acuerdo a las exigencias actuales. Trabajo presentado al II Congreso Panamericano de Servicio Social por la Escuela de Servicio Social de la Beneficencia de Santiago de Chile. "Servicio Social". Santiago de Chile, Setiembre-Diciembre 1949.

LOS SISTEMAS DE COLOCACION FAMILIAR, ADOPCION Y LEGITIMACION EN EL URUGUAY

Por el doctor Carlos Humberto Páez

(Ecuador)

Indudablemente que es el Uruguay en la América Latina uno de los países pioneros del Derecho Protector de los Menores, con su Código del Niño, expedido en 1934, y en el cual se ensayan los sistemas y métodos modernos de asistencia y amparo a los menores, procurando encaminar sus actividades hacia una protección integral y técnicamente concebida.

Este afán de incorporar a la Legislación Nacional las nuevas conquistas del Derecho lo ha puesto de manifiesto, una vez más, con la Ley de Legitimación Adoptiva.

En 1940, el Dr. Roberto Berro, destacado propiciador de la obra de protección infantil en el Uruguay, al hacer el comentario del Decreto-Ley por el cual un año antes, se expidió el Código de la Familia Francés incluyendo esta importante institución jurídico social, decía: "La legitimación adoptiva nos parece un procedimiento legal, que deberíamos recoger nosotros para evitar más de una tragedia íntima que se produce cuando un menor se entera bruscamente de que no son sus padres verdaderos aquellas dos buenas personas que siempre habían sido padre y madre para él". (El Código de la Familia. — Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo XIV. N° 1. Julio de 1940).

Y, en efecto, seis años más tarde, el 25 de Noviembre de 1945, se expedía la Ley, siguiendo el noble ejemplo de Francia.

En 1946, el Dr. Víctor Escardó y Anaya, en su trabajo sobre "La Legitimación Adoptiva en el Uruguay", comentaba ya sus favorables resultados.

El Código del Niño del Uruguay da cabida a dos importantes instituciones en el tratamiento de los menores necesitados: la colocación familiar y la adopción. Ahora se cuenta con una más: la legitimación adoptiva.

Hay quienes opinan que la adopción no es sino el perfeccionamiento de la colocación familiar; y, la legitimación adoptiva, el perfeccionamiento de la adopción; con lo cual parece que bien pudiera conservarse solamente la legitimación adoptiva y suprimirse las demás.

El principal argumento que se esgrime en favor de esta tesis es el referente a que estas tres instituciones tienden a colocar al niño que carece de hogar o que no puede vivir en su propio ho-

gar, en una familia, extraña a la suya, para que lo atienda y vele por él y que esta protección será tanto más efectiva y completa cuanto más intimamente se identifique al menor con la familia que lo recibe. Por tanto, como la legitimación adoptiva es la que con más similitud y efecto resuelve este problema, sólo esta forma de tratamiento debería subsistir.

Frente a esta posición está la de quienes encuentran algunos reparos que hacer a la colocación familiar, a la adopción y a la legitimación adoptiva, según los distintos ángulos que ofrecen para su interpretación y análisis. Así, por ejemplo, se impugna la colocación familiar, por el peligro que entraña para que degeneren en servicio doméstico; se critica la adopción, porque ofrece camino fácil para que padres irresponsables abandonen a sus hijos al cuidado de extrañas familias, únicamente por librarse de la carga de mantenerlos; y, se objeta la legitimación adoptiva, porque, en un esfuerzo de imitación de la naturaleza, llega a irse contra ella, al asignar —por una ficción de la Ley— a un matrimonio un hijo que no ha sido concebido ni nacido antes ni después de él.

En mi opinión, las tres instituciones enunciadas tienen amplia supervivencia en el campo de la protección infantil; cada una tiene su propia individualidad con su especial significado e importancia y ninguna de ellas excluye a las otras.

Si examinamos con detención y dentro de un terreno de realidades el panorama que ofrecen los menores necesitados, observaremos que hay niños cuyos problemas los resuelve la colocación familiar; otros, para los cuales el tratamiento adecuado es la adopción; y, por último, un buen número de menores para los que la más eficaz medida es la legitimación adoptiva.

Lo único que se hace necesario establecer es un cuidadoso examen de la clase de necesidad en que se encuentre un niño, o sea, lo que se ha dado en denominar la "tipicidad de su problema social", para optar por el procedimiento conveniente, pudiendo, desde luego, darse el caso de que un mismo menor pase sucesivamente a través de los tres sistemas: colocación familiar, adopción y legitimación adoptiva.

Para aclarar este punto de vista que me he permitido exponer, es necesario puntualizar primeramente los conceptos que tienen cada una de estas instituciones, que no a menudo se encuentran claramente formuladas en la Ley.

Colocación Familiar. — Se puede definir a la colocación familiar diciendo que es la institución de asistencia y protección infantil mediante la cual se proporciona al menor necesitado de este tipo de cuidado, un hogar bien constituido, que reúna condiciones satisfactorias de afecto, estabilidad, seguridad económica,

favorable nivel cultural y otras condiciones que se estime convenientes para ofrecer al menor la oportunidad de participar en la vida ordinaria de la familia, siendo considerado como miembro de ella; pero sin producir efectos jurídicos de naturaleza familiar.

Adopción. — La Adopción de menores es la institución de protección social por la cual un menor es admitido a formar parte de una familia extraña a la suya, produciendo, entre el adoptante y el adoptado, los efectos jurídicos correspondientes a los padres e hijos, con la salvedad de que el adoptado continúa perteneciendo a su familia natural en la que conserva todos sus derechos, pudiendo, la adopción así adquirida, revocarse.

Legitimación Adoptiva. — Es la institución del Derecho Protector de los menores por la cual un niño abandonado, que, por lo tanto, carece de su familia natural, ingresa al seno de otra familia, produciéndose, entre aquél y ésta, los vínculos legales y afectivos correspondientes a los padres e hijos, de una manera total y definitiva, no pudiendo, en consecuencia, revocarse.

No se podría, y creo que sería materialmente imposible, determinar de una manera taxativa y categórica, cuáles serían los casos de niños que deberían ser puestos en situación de colocación familiar, cuáles en adopción y cuáles en legitimación adoptiva. Esto dependerá de las circunstancias que medien en cada caso y de los distintos factores que se tomen en consideración, que serían, en su mayoría, de naturaleza subjetiva, de apreciación personal, de cálculo estimativo, establecidos por el Servicio Social, sin cuyo concurso no podría llevarse a feliz término este propósito. De su atinada y diligente intervención depende el éxito de la colocación y el porvenir de un niño.

Pero, en mi afán de procurar una demostración del imperio de los tres sistemas, podría decir que para aquellos menores que generalmente tienen padres pero que no están en condiciones de atender a sus hijos por motivos emocionales, económicos, de salud, etc., cabe la colocación familiar; para aquellos niños que carecen de protección paternal y se encuentran en una edad mayor de cinco años, se recomienda la adopción; y, para aquellos menores abandonados o hijos de padres desconocidos, que no han cumplido cinco años de edad, es conveniente la legitimación adoptiva.

Así lo ha entendido el legislador francés al haber circunscrito la legitimación adoptiva exclusivamente a los menores de cinco años. (Art. 368 del Código de la Familia).

Si el propósito fundamental de la legitimación adoptiva es el de que el menor que recibe este beneficio no sospeche siquiera —en ningún momento de su vida—, de que no es hijo verdadero de sus padres adoptivos, lo más aconsejado es también que esta si-

tuación se establezca desde los primeros años de su vida.

Particularmente en el Uruguay se ejercitan estos tres sistemas de tratamiento con provechosos resultados.

La colocación familiar se la practica en las Dependencias del Consejo del Niño. El Art. 54 del Código (Protección a la Primera Infancia), dice: "Siempre que razones poderosas hagan imposible la permanencia del niño con su madre, se procurará su colocación en un ambiente familiar, prefiriendo a cualquier otra solución". El Art. 57 asigna a la División Segunda Infancia como "orientación fundamental de su acción", el mantenimiento del niño en su propio hogar, recurriendo al hogar sustituto cuando falte moral o materialmente el hogar paterno. "Con esta finalidad —reza el artículo—, dará preferencia al sistema llamado de colocación familiar, organizado técnicamente y bajo rigurosa vigilancia". A mayor abundamiento, en el Capítulo VIII, al tratar de la División Adolescencia y Trabajo, se establece en el Art. 64 la "colocación familiar vigilada", para los menores de conducta antisocial.

Las disposiciones mencionadas demuestran que la colocación familiar se ha instituído en favor de los menores desde los 3 años hasta la mayoría de edad. (Divisiones Primera Infancia, Segunda Infancia y Adolescencia y Trabajo).

Para la adopción, en cambio, no se ha fijado límite de edad en cuanto al adoptado. Es de suponer que habiéndose consagrado esta institución en un Código del Niño, no ha de aplicarse sino a menores hasta los límites de su mayoría de edad. El Art. 164, dice: "Para la adopción de una persona mayor de 18 años, se requiere su expreso consentimiento". Ningún otro artículo de la Ley hace referencia al límite de edad del adoptado. Algunos países sí lo han establecido, como Bolivia, donde únicamente los menores de 14 años pueden ser colocados en adopción.

La legitimación adoptiva, según la Ley uruguaya, tiene por límite para el adoptado, los 18 años. El inciso último del Art. 1º expresa claramente que después que el menor cumpla 18 años de edad no puede efectuarse la legitimación. En este punto, parece también mejor conveniente reducir la edad para el adoptado hasta los cinco años, como lo ha hecho Francia.

Estudiando paralelamente la adopción y la legitimación adoptiva se nota que mientras en la primera el menor es protegido en la familia adoptiva y también en su familia natural, porque conserva en ella todos sus derechos (Art. 166); en la segunda, sólo está protegido en la familia adoptiva, ya que caducan los vínculos de filiación anterior del menor en todos sus efectos, disponiéndose una tramitación reservada en absoluto y la destrucción del expediente. (Arts. 3º y 6º de la Ley).

Por estas consideraciones podría creerse que acaso la adopción estuviera amparando en mayor volumen al menor de lo que lo hace la legitimación adoptiva. En la una hay la protección de dos familias para el niño; en la otra, la protección de una sola. Mas, no olvidemos que la legitimación adoptiva se instituye para los menores que no tienen familia natural, o que, si la tienen, no han hecho nunca nada bueno por él; y entonces, es una sola familia la que, en sustitución de la otra, protege y ampara. La Ley es muy clara a este respecto y engloba en esta situación a los menores abandonados, huérfanos de padre y madre, hijos de padres desconocidos o pupilos del Estado, cuya situación de total abandono por parte de los padres pasa de tres años; es decir, cuando no existen progenitores o cuando se han perdido todas las esperanzas de encontrarlos.

Surge, sin embargo, en la legislación uruguaya, a mi entender, un contrasentido de la Ley, al tratarse del menor abandonado que es precisamente el sujeto y objeto de la legitimación adoptiva.

Por una parte, está la disposición del Art. 49 del Código del Niño instituyendo un servicio de admisión de menores —en reemplazo del antiguo torno— con toda clase de reservas cuando median causas de orden social o familiar, lo que hace imposible saber quiénes son sus padres e investigar su paternidad; y, por otra, están las disposiciones de los Arts. 173, 174 y 177 que prescriben el derecho que tiene “todo niño” de saber quiénes son sus padres y la acción de investigación de la paternidad que debe ser iniciada, aun de oficio, por el Consejo del niño, en los casos en que un menor haya sido inscrito como hijo de padre desconocido o que ingrese a sus establecimientos un niño sin filiación paterna, o a solicitud del mismo menor.

El texto de los preceptos legales citados, es como sigue:

“Art. 49.—La admisión de niños en la cuna sólo se realizará por la Oficina de Admisión con las reservas más rigurosas cuando se trate de causas de orden social o familiar”.

“Art. 173.—Todo niño tiene derecho a saber quiénes son sus padres”.

“Art. 174.—A los efectos de lo dispuesto en el artículo anterior procede la investigación de la paternidad que podrá ser iniciada por la madre, desde el quinto mes de gravidez hasta que el hijo cumpla 21 años.

Si la madre fuera menor de edad, el Consejo del Niño le nombrará, de oficio, curador ad-litem”.

“Art. 177.—El Consejo del Niño iniciará de oficio la investigación de la paternidad cuando tenga conocimiento de que un niño ha sido inscrito como hijo de padre desconocido, o que ingre-

se a sus establecimientos un niño sin filiación paterna, o cuando un menor lo solicite".

Ahora bien, la consecuencia que se desprende es la de que el niño entregado en la Oficina de Admisión, debido a "las más rigurosas reservas" que ordena mantener el Art. 49, no tiene derecho a saber quienes son sus padres ni tampoco a que se investigue su paternidad, siendo así que los artículos 173, 174 y 177 disponen precisamente que todo menor tiene derecho a saber quiénes son sus padres y a que se inicie la investigación de la paternidad, aun de oficio.

En el caso propuesto, del niño que es recibido en la Oficina de Admisión, se tiene que es un menor al que no se le puede inscribir ni siquiera como hijo de padre desconocido; que ha ingresado a uno de los servicios del Consejo del Niño sin filiación paterna; y que, por último, el mismo menor no puede solicitar la investigación de la paternidad, porque ignora cuál es su verdadera condición legal. El mismo legislador no quiere que la sepa.

Frente a este caso, el Consejo del Niño está compelido a hacer, al mismo tiempo, dos cosas extremas y contrarias: aceptar sin ningún antecedente a un niño en la Oficina de Admisión, manteniendo las reservas más rigurosas, sin practicar ningún trámite legal, de acuerdo con el Art. 49; y a iniciar la investigación de la paternidad y saber quiénes son sus padres, de acuerdo con los Arts. 173 y 177.

¿A qué se atiene entonces el Consejo del Niño?

En una clase sobre investigación de la paternidad en el Primer Seminario de Trabajo de Protección al Niño, realizado en Montevideo por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, me permití formular la interrogante que dejó expuesta, habiéndoseme respondido que en realidad no existe contradicción en la Ley porque lo único que ocurre es que en los Artículos 173, 174 y 177 del Código, el Legislador consigna el principio general, y en el Artículo 49, el caso de excepción.

Respeto en lo que vale este criterio, pero me es forzado aceptar —en esta materia— aquella fórmula de que no hay regla sin excepción y la de que haya sido necesario poner el artículo 49 precisamente como excepción necesaria para la confirmación de la regla.

Estimo que lo procedente sería introducir la reforma conveniente en el articulado de la Ley para evitar estas embarazosas situaciones.

Por lo demás, me ha sido posible conocer el movimiento que tienen los Juzgados Letrados de Menores en Montevideo, en relación con la legitimación adoptiva así como del Consejo del Niño y sus Divisiones, en lo relativo a adopción y colocación familiar,

habiendo encontrado que se hace un uso conveniente y práctico de estos tres sistemas de tratamiento, lo cual demuestra que pueden coexistir sin perjudicarse.

Sería de desear que los Países que aún no cuentan con una legislación especial en este Ramo, expidan los Estatutos Jurídicos del Niño incorporando en su texto estas tres instituciones básicas de tratamiento, que son las portaestandartes de la nueva orientación protectriz del niño, toda vez que su esencia es una familia, un hogar paternal, como camino seguro de formación, antes que los immensos asilos conventuales que aplastan la personalidad del menor, a pesar del buen deseo que se tenga para levantar su espíritu.

Montevideo, 15 de Julio de 1952.

BIBLIOGRAFIA

Código del Niño del Uruguay. — Publicación Oficial. — Montevideo, 1941.
"La Legitimación adoptiva en el Uruguay". Proyectos, Discusión parlamentaria, Sanción y Promulgación de la Ley. — Dr. Martín R. Echegoyen. — Montevideo 1946.
"El Abandono de los Recién Nacidos". — Dr. Roberto Berro. Montevideo, 1942.
"El Código de la Familia". — Dr. Roberto Berro. Montevideo, 1940.
"La Legitimación Adoptiva en el Uruguay". — Dr. Víctor Escardó y Anaya. Montevideo, 1946.
"Ley de Adopción de Menores del Ecuador". — Publicación Oficial. Quito, 1948.
"Adoption Laws in Latin America. — Children's Bureau. — Publication N° 335. 1950.

CUNAS MATERNALES

Relaciones de las Cunas Maternales con los niños, con la familia y con la comunidad. Normas generales para su funcionamiento

Por el doctor Alfredo Corzano Arciniega
(Perú)

El ritmo cada vez más agitado de ésta época, las dificultades económicas, la deficiente educación colectiva, el ausentismo o deserción paterna o materna, el gran número de madres solteras, el volumen cada vez más creciente de mujeres que trabajan, el abandono material y moral de los padres, los vicios, etc. han creado graves problemas en la estabilidad del niño, en la integridad de la familia y en el bienestar de la comunidad.

El Estado y la Sociedad en general, en su afán de brindar apoyo a estos inocentes, sacrificados por los mayores, han organizado y desarrollado instituciones que puedan ofrecerles la protección que todos ellos se merecen.

Entre estos organismos protectores de la infancia, mucha de ella desvalida y abandonada, se encuentran las llamadas:

CUNAS MATERNALES

Sinónimos. Definición. Finalidad. Antecedentes históricos. Antecedentes filosóficos. Su rol en el presente. Factor de unidad familiar. Problemas relacionados con las Cunas Maternales. Valor de las Cunas Maternales en la comunidad. Las Cunas Maternales como Instituciones de trascendencia social. Crítica a las Cunas Maternales. Localización. Conclusiones.

Normas generales para el funcionamiento de las Cunas Maternales.

Sinónimos. — Las Cunas Maternales tienen diferentes denominaciones según los diferentes países. Se les conoce como crèches, guarderías, albergues diurnos, casas cunas externas, salas-cunas, nidos, asilo-nido, day nurseries, etc. siendo todas ellas instituciones del mismo tipo en su acción y función protectora de la infancia.

Definición. — La Cuna Maternal es una institución de tipo semicerrado destinada a recibir niños menores de tres años, cuando circunstancias de orden económico, social o moral impiden temporalmente que el niño y la madre puedan efectuar su vida de hogar en las condiciones corrientes.

Finalidad. Las Cunas Maternales tienen como finalidad ayudar a las madres trabajadoras que por causa de sus labores y falta de familiares responsables no pueden atender a sus hijos durante las horas de trabajo; proteger a la infancia desvalida ofreciéndoles durante el día un hogar en reemplazo del que no pueden disfrutar por incompatibilidad con los problemas presentes en su familia; ofrecer a los niños estanciados cuidados alimenticios técnicamente dirigidos por personal especializado; crearles hábitos higiénicos y de buena educación; combinar en la debida proporción el cariño y la ternura con la acción inteligente en pro de la salud del niño y de su porvenir; realizar medicina preventiva en los matriculados; asistencia médica de los niños que se enferman; educar a las madres por medio de consejos y charlas en la buena crianza de sus hijos, tratando así de prolongar hacia el hogar la técnica de crianza instituida; inculcar a las madres la

responsabilidad social que tienen para con sus hijos; participar moral y socialmente en los problemas económico-sociales creados en la familia, ayudándola en la solución de los mismos, tratando por estos medios mantener la integridad del hogar y con ello el bienestar de la comunidad.

Antecedentes históricos.

Las modernas Cunas Maternales, tienen su origen en Francia por el año 1770 cuando existían "refugios" donde sin ninguna preocupación respecto a la higiene o a la educación, los niños eran confiados a una cuidadora.

La necesidad imperiosa de estas instituciones no se dejaba sentir, pues la mujer no trabajaba fuera del hogar, permaneciendo así al lado de sus hijos.

Pero cuando la industria y el comercio dan cabida a la mujer y la madre es retenida durante largas horas del día en fábricas y oficinas dejando a sus hijos solos, entonces su establecimiento se hizo improrrogable.

Inspirado en el concepto irrecusable de que el hijo debe permanecer al lado de su propia madre, Firmin Marbeau fundó el 14 de Noviembre de 1844, en París en el barrio Chaillot, la primera creche con el objeto de criar a los hijos durante las horas de trabajo de las madres, instituyendo de que estas últimas fueran a amamantar a sus hijos cuando éstos aún lactaban.

Por el año 1862, las Cunas Maternales fueron reconocidas oficialmente en Francia por un decreto Imperial que fijaba las regulaciones a que deberían de atenerse toda creche que recibiera subsidio del Estado.

En 1897, estas instituciones se transformaron en un factor importante en la cruzada efectuada contra la mortalidad infantil, con la educación de los padres en higiene infantil.

El gran incremento que ha experimentado a fines del siglo XIX, el número de mujeres que trabajan en la industria y en el comercio, inevitablemente ha llevado al aumento del número de estas instituciones.

En Alemania, la primera Cuna Maternal fué fundada en 1877 y en 1913, el Ministro Imperial del Interior urgió a los Inspectores de las factorías que ayudasen a la provisión de salas cunas.

En 1850 se estableció la primera Cuna Maternal en Marley-bone, Inglaterra.

En 1847 se funda la primera Cuna Maternal en Viena que luego es seguida por otras.

En los Estados Unidos de Norte América, en la ciudad de Nueva York, se estableció la primera cuna maternal en 1854, lo-

calizada en el "Hospital del niño" destinada a estanciar los hijos de madres enfermas hospitalizadas que no podían dejar a sus hijos al cuidado de amas o familiares. En la actualidad se estima que existen más de ochocientas de estas instituciones diseminadas en el territorio de la Unión.

La primera Cuna Maternal fundada en Canadá fué el "Creche d'Youville" en 1754. Luego se funda otra en Montreal en 1888 y otra en Toronto en 1892.

Las mismas causas que inspiran la creación de estas instituciones en el Viejo Continente y en América del Norte, se hacen presente en América Latina. Ya a fines del siglo XIX en algunos países se fundan instituciones, primero religiosas y luego laicas, que tienden a ofrecer esta clase de asistencia al niño, pero es en la segunda década del siglo XX cuando en realidad comienzan a tomar las características verdaderas de las Cunas Maternales o Creches.

Al presente en toda América existen gran número de estas instituciones dedicadas a la atención del niño que no puede estar en su hogar durante las horas del día.

Estas instituciones en la mayor parte del Continente Americano se iniciaron dirigidas por la iniciativa privada y financiada por contribuyentes voluntarios aislados o reunidos en sociedades, comités, clubs, etc. ayudados o no por las municipalidades, sociedades de beneficencia o el Estado.

Más tarde se crean dependiendo directamente del Estado, de las Municipalidades o de las Beneficencias, a través de sus servicios respectivos, aumentando así el número de las que dependían directamente de la iniciativa privada.

Las unas y las otras llevan en sí la misma misión y bien organizadas y dirigidas sirven por igual los intereses protectores del niño.

Antecedentes filosóficos.

Dos son los factores fundamentales que favorecieron el desarrollo de las Cunas Maternales:

- a) El deseo de los trabajadores sociales de salvar a las criaturas del abandono y peligros a que estaban expuestos por la ausencia forzosa de la madre que trabaja fuera del hogar.
- b) El deseo de prevenir y evitar el excesivo institucionalismo a que habían sido sometido los niños y que al final del pasado siglo había estado creciendo en forma alarmante.

Las Cunas Maternales fueron concebidas para brindar cuida-

des, durante el día, a los hijos de madres trabajadoras obligadas a buscarse el sustento para ellas y para sus hijos debido a la muerte, deserción, prisión, enfermedad o malos ejemplos de los padres; también para atender emergencias familiares que reclaman el cuidado de sus niños por repentina enfermedad de la madre, la deserción de ésta o la necesidad imperiosa que de la institución tenga la familia de la viuda.

Cuando en 1909 la conferencia de la Casa Blanca de los Estados Unidos de Norte América puso de relieve el "valor de la vida de hogar para el niño" como "la fuerza moldeadora más grandiosa, de la mente y del carácter", los trabajadores sociales dirigieron sus esfuerzos en procura de la obtención de legislaciones apropiadas y conseguir el desarrollo y evolución de instituciones y técnicas que pudieran brindar el hogar deseado que procligara tan loables beneficios a los niños.

Este movimiento en pro del niño tomó gran fuerza y las instituciones primitivamente fundadas para el cuidado de los niños, hijos de madres trabajadoras, etc. fueron obligadas a tomar la nueva orientación o a quedar desempeñando sólo un papel secundario en el cuidado de los grandes grupos de niños.

Donde se encontraba resistencia a la nueva filosofía, allí estaban los trabajadores sociales incansablemente laborando por obtener triunfos que redundaran en la mejor atención del niño necesitado.

Pero no todas las instituciones de ésta índole se rindieron y esgrimieron en su defensa el argumento de que el niño necesitaba prodigarle vida de hogar y que era mejor el sistema de otorgar el cuidado del niño durante el día, a hogares sustitutos formados por familias jóvenes que se brindaran a ello mediante una ayuda económica suplementaria; inclinándose así por el desarrollo de los hogares sustitutos para el cuidado diurno de los niños; pero muchas veces se presentaba el caso que estas instituciones así concebidas se hallaban abocadas a la necesidad de tener que buscar cuidados en hogares sustitutos para la madre sustituta misma.

La "Primera Cuna Maternal de Filadelfia" fué la primera en ponerse en contra de este movimiento. Luego la Asociación de Cunas Maternales de Vancouver avanzó aun más al transferir el primitivo creche municipal a las oficinas Estatales respectivas, transformándose en un servicio bien desarrollado de hogares para el cuidado diurno de los niños, financiado en parte por el Estado, en parte por la iniciativa privada y en parte por el aporte de los estanciados.

Ahora, después de más de dos décadas de obtenida la legislación sobre "subsídios maternales" que enfatizó el cuidado del

niño en el hogar, el grupo de criaturas expuestas a permanecer abandonadas mientras sus madres trabajan, está incrementándose y por ello las Cunas Maternales que son los agentes sociales que sirven a este grupo, como los hogares sustitutos para cuidados diurnos, van desarrollándose rápidamente, prestando sus valiosos servicios a este importante componente de la comunidad.

Las modernas Cunas Maternales están siendo reconocidas más y más como una proyección del hogar que debidamente organizada y trabajando en cooperación con los servicios familiares de la comunidad pueden transformarse en uno de los más grandes factores de la estabilidad de los hogares.

Su rol en el presente.

Los padres dejan a sus hijos en las Cunas Maternales durante el día y allí los niños se suplen de todas sus necesidades, tales como cuidados físicos, educación, recreación y vigilancia en su evolución moral. Aun más, las cunas maternales ayudan y complementan al hogar al contribuir con servicios que velan por la salud, educación y bienestar de la comunidad. También asumen una responsabilidad social así como función educativa con respecto al niño, extendiendo ésta responsabilidad al hogar del mismo con el objeto de llevar adelante sus programas sobre el cuidado del pequeño.

Factor de unidad familiar.

En un estudio efectuado sobre 231 familias que se servían de una Cuna Maternal en Toronto, se estableció que:

163 eran casados con hijos pequeños, mientras que el resto incluía 26 madres desertoras; 16 padres separados del hogar; 10 viudas; 13 madres solteras; 2 parejas de convivientes y 1 viudo.

Como se vé, el grupo servido por la cuna maternal se distingue en su totalidad por el hecho de que el niño era parte de la unidad familiar, con padres demostrando y manteniendo la responsabilidad sobre sus hijos lo cual evita que el niño sea abandonado y se desintegre totalmente la familia.

Problemas relacionados con las Cunas Maternales.

Entre los problemas relacionados con estas instituciones debemos considerar:

1. La pobreza.

El mayor monto de las familias que se sirven de las cunas maternales experimentan el problema de ser numerosos con es-

casos ingresos económicos al hogar; ingresos que no le permiten subvenir a las necesidades ni aun elementales de sus componentes, teniendo por ello que buscar la manera de cubrir estos déficits enviando a sus hijos a beneficiarse de los organismos protectores de la infancia.

2. Problemas sociales.

Gran número de esta clientela, presenta una variedad de problemas sociales que difieren bastante del factor económico. Entre estos problemas se consideran a las madres que han sido forzadas por las circunstancias a salir a buscar el sustento fuera del hogar. Estas circunstancias enumeradas en orden de frecuencia son las siguientes: irregular o insuficiente salario del padre, desocupación total del padre, prisión del padre, enfermedad del padre, embriaguez habitual del mismo, vicio del juego del padre, deserción del padre y mala economía doméstica por parte de la madre.

3. Condiciones de la vivienda.

Familias numerosas viven en su mayor parte hacinadas en una o dos piezas, donde es difícil mantener las condiciones esenciales de higiene de un hogar, representando verdadero peligro para el bienestar físico y moral de los hijos y de la familia en general.

4. Salud de la madre.

En muchos casos se descubre que la madre del niño estanciado es enferma o persona de pobre salud, condiciones que le limitan su capacidad de atención de sus hijos.

5. Salud de los niños.

Entre los niños que acuden en procura de protección a las cunas maternales se encuentra un alto porcentaje de niños que sufren algún trastorno físico. Esto se debe a la presencia de algunos de los factores anteriormente enunciados o a la conjunción de varios de ellos.

6. Beneficios de la comunidad.

La gran mayoría de esta clientela, ya antes de llegar a las Cunas Maternales han recibido otros beneficios comunales a través de organismos asistenciales y de protección.

Valor de las Cunas Maternales en la comunidad.

La contribución positiva de estas instituciones en el equilibrio de la comunidad hay que considerarla desde cuatro puntos de vista:

a) La cuna maternal y el niño.

Estas instituciones con un programa bien planeado de cuidados físicos, seguidos diariamente con regularidad, no solamente proveen la buena salud sino que también mantienen buenos hábitos de vida entre los niños que sirven.

Pero hoy en día está plenamente reconocido que el cuidado del niño no puede estar limitado sólo a sus necesidades físicas. El adelanto realizado en la psicología infantil y en las teorías educacionales han puesto de manifiesto que la mente del niño necesita un cuidado tan experto como el de su cuerpo. Aun más, los higienistas mentales y educadores han puestos todas sus miras y esfuerzos en la edad preescolar del niño con el objeto de poder tempranamente influir en el moldeamiento del carácter y en la construcción de su salud mental para cuando llegue a la edad adulta. Teniendo en cuenta que las cunas maternales sirven a los niños no privilegiados o subprivilegiados que provienen de un hogar con algún problema, se deduce que allí está la oportunidad de participar en su buena constitución mental y espiritual y de inducir en él ciertas características útiles para su desarrollo y vida futura.

De un gran valor para estos niños es la realización bien planeada y organizada de juegos infantiles, pues está comprobado que éstos los favorecen en tres aspectos importantes:

1. Tienen un valor emotivo.
2. Es necesario para el desarrollo de los sentidos.
3. Es indispensable para el desarrollo muscular.

Una cuna maternal bien equipada debe tener material de distracción de la variedad que ofrezca oportunidad para estos tres aspectos del desarrollo del niño.

De gran importancia es también el servicio que prestan las cunas maternales a los niños de edad preescolar. No sólo en que llegan hasta esa edad protegidos en su salud, sino que también mantenido fuera de todo peligro moral y espiritual y con sus energías dirigidas hacia un desarrollo y crecimiento sano y útil.

Prestando estos servicios al niño, la cuna maternal puede ser descrita como una institución que ofrece una gran ayuda a la comunidad, no sólo cuidando a los niños del abandono sino también participando en la formación de ciudadanos felices y útiles a través de sus bien y definidos cuidados y direcciones.

b) La cuna maternal y la familia.

Las familias que acuden al servicio de las cunas maternales, son aquéllas que defienden la integridad de la familia y que desean mantener al grupo familiar intacto.

La cuna maternal, desde éste punto de vista, es una institución preventiva que funciona para evitar la desintegración de la vida familiar y ayuda al crecimiento de ésta.

Teniendo en cuenta el tipo de población y los problemas relacionados con estas familias, una cuna maternal organizada para efectuar un adecuado trabajo social puede ayudar en preservar la salud y vitalidad de la madre, reforzar los lazos conyugales y de la vida de hogar, aliviar las condiciones de la vivienda y reducir la agudez de los problemas familiares que atentan a la corrupción y destrucción de la vida familiar.

Estas instituciones tienen una magnífica oportunidad para cooperar en la educación de los padres. Las relaciones entre la cuna maternal y la familia son muy natural a través del niño en el cual ambas partes están interesadas por lo cual sirven de punto de conexión. Las madres viven sumamente atentas a los progresos realizados por sus hijos y escuchan todo consejo o instrucción acerca del debido cuidado hogareño del niño. A través de tales servicios son raros.

Las cunas maternales pueden en esta forma ejecutar un trabajo social preventivo relacionándose directamente con los padres y los problemas del hogar y trabajando para el futuro familiar a través de las líneas educacionales seguidas en sus criaturas.

c) Las cunas maternales y el trabajo social.

En toda su potencialidad, la cuna maternal puede actuar como un parachoque ante la desintegración de la familia, del pauperismo familiar, del abandono y de actos antisociales de los niños; puede servir como una fuerza en el mantenimiento y protección de la salud, en la solución de los problemas familiares dejando a la misma vez buenas enseñanzas para la realización del debido cuidado hogareño del niño. A través de tales servicios preventivos coopera con la comunidad en la conservación de la vida y valores humanos.

Estos resultados sin embargo, sólo pueden ser asegurados cuando la cuna maternal cumple con los requisitos funcionales indispensables señalados más arriba. Esos requisitos costarán mucho más que el costo de sostenimiento de la mayor parte de las cunas maternales presentes. Un estudio efectuado sobre el trabajo de las cunas maternales que no tienen el mínimo de requisitos demostró que aunque aparentemente resultan menos costosas, lo son

en realidad mucho más que aquellas que reuniendo lo necesario dan gran seguridad de poder luego recibir los beneficios que devuelve la comunidad.

Las cunas maternales, hoy en día, deben ser organizadas bajo este punto de vista en pro de su utilidad integral. En toda comunidad progresista están de acuerdo en alejarse de aquel concepto de "depósitos de niños" para los hijos de madres trabajadoras, sustituyéndolo por el de institución de trabajo social dentro del área de la comunidad. Es entonces de vital importancia que aquéllos, ya sea Estatal o privado, que financien la organización de estos organismos protectores de la infancia acepten el moderno concepto y provean a las cunas maternales de estos requisitos mínimos para definirla como un servicio comunal claro y útil dirigido hacia el bienestar de la familia y el cuidado de los niños.

d) **La cuna maternal y otros servicios sociales.**

Cuando la cuna maternal está organizada para efectuar un trabajo adecuado, sus labores comprenden un amplio campo que se pone en contacto con:

1. Las escuelas maternales que sirven a niños que están abandonados debido a la pérdida o irresponsabilidad de los padres. Trabajando íntimamente con estos servicios puede transformarse en un vigoroso factor suplementario en el esfuerzo de salvar el hogar y cuando ello sea imposible, sacar al hijo de él para seguridad del niño y de la comunidad.
2. Con los clubs o servicios preventivos de la delincuencia infantil.
3. Con los centros de recreación que proveen de distracciones y actividades constructivas del carácter a grupos de toda edad con el objeto de mantener y rehabilitar las personalidades.

Considerando estos contactos en toda su amplitud, la cuna maternal efectúa trabajo social preventivo desde dos puntos de vista:

- a) Tratando directamente con los padres y con los problemas del hogar.
- b) Trabajando desde el amplio punto de vista educacional a través de los niños.

La cuna maternal como institución de trascendencia social.

La señorita Helen Hart en su trabajo "Day nurseries in a changing world" establece dos puntos de vivo interés:

1. El concepto de que las cunas maternales no serían necesarias en la constitución de las comunidades, si la familia y los organismos que la ayudan estuvieran incapacitados para

realizar esta clase de trabajo; si la escala de garantías de las madres fuera adecuada, si se asegurase condiciones económicas suficientes de vida y si las instituciones protectoras de la infancia de una comunidad dirigieran sus programas a incluir el cuidado diurno de los niños en hogares sustitutos.

2. La otra escuela arguye que aun si éstos objetivos se realizaran, las cunas maternales serían necesarias debido a que el incesante número creciente de aquéllas que requieren los servicios de las cunas maternales no encaja en ninguna de las categorías arriba señaladas y el número de mujeres que van a trabajar está aumentando. Estas últimas prefieren colocar a sus hijos al cuidado de calificados organismos en el punto de vista social, educacional y de la salud antes que entregarlos al cuidado diurno de un hogar sustituto.

Este último punto de vista contempla que aun cuando a través de una buena estabilidad social, los niños no sean obligados a quedar descuidados debido a factores económicos, las mujeres seguirán trabajando de preferencia fuera del hogar y requerirán la cooperación de una institución social tal como la cuna maternal para el cuidado de sus niños durante el día. Esto significa que la naturaleza de las cunas maternales cambiará, pero no sus funciones básicas. Los padres estarán capacitados y contentos de pagar una remuneración más alta por estos amplios servicios y las cunas maternales se transformarán en instituciones educacionales que se financiarán así mismo dejando de ser meros organismos filantrópicos.

Con tendencias a tales cambios y evoluciones no debe de sorprendernos que ya en algunos países, especialmente en Norte América (Estados Unidos y Canadá) las cunas maternales se consideran parientes muy cercanos de los centros de recreación de la comunidad.

En los Estados Unidos existen más de cuarenta combinaciones de cunas maternales y servicios de recreación infantil con la cuna maternal como una unidad del centro de recreación o dando servicios de centro de recreación a todo el distrito. Es significativo, a la luz de esta evolución lo que sucedió con la cuna maternal de Ottawa. Originalmente se desarrolló como una dependencia del centro de recreación, pero luego tomó tal importancia y preponderancia que englobó al centro y en la actualidad existe como un servicio completo que sirve a la comunidad.

Critica a las cunas maternales.

La verificación de ciertas concurrencias originó varias críticas a las cunas maternales.

Entre otras se adujo la incidencia de molestias infecto-contagiosas favorecidas por la aglomeración de niños, la mayor frecuencia de perturbaciones gastro-intestinales y del raquitismo y que servían de estímulo para que se propagara la alimentación artificial.

Estas razones son improcedentes cuando se trata de instituciones instaladas adecuadamente y con una segura orientación-técnica.

La aplicación sistemática de medidas especiales de higiene impedirá la diseminación de los procesos infecto-contagiosos. Estas medidas especiales estarán acompañadas por la verificación diaria del estado de salud de los niños, condición indispensable para que puedan ser admitidos y permanecer en la institución, disminuyendo y hasta evitando así que el contagio penetre libremente en estas agrupaciones infantiles.

En cuanto a las perturbaciones gastro-intestinales basta con propender a la predominancia de la alimentación materna que dominando en la alimentación de los lactantes, ayudará a resolver esa eventualidad.

Cuando sea necesario implantar la alimentación artificial debe de ser dirigida con buen criterio por el médico puericultor, el cual debe mantener una constante fiscalización sobre la preparación escrupulosa de la dieta prescrita y su empleo metódico.

Menos aun se debe temer el raquitismo, teniendo a mano jugos de frutas frescas, baños de sol e inclusive vitaminas sintéticas que se le suministran al niño según el criterio del médico que lo asiste en la dirección de su crianza.

Finalmente la crítica que se le ha hecho de que favorece la alimentación artificial es una hipótesis contraria a la naturaleza propia de las cunas maternales que ni paradójicamente puede ser aceptada. Nobecourt y Schreiber aseveran: "la alimentación artificial no puede considerarse como resultado de la permanencia de los niños en las cunas maternales; esta permanencia es una consecuencia de un estado social que impone precisamente a las criaturas tales cosas".

Por el contrario está demostrado que las cunas maternales impulsan a las madres que pueden amamantar, cuidar de sus hijos y llegar hasta ellos para darles su seno. La amamantación materna favorece la asistencia de la madre a la institución en donde puede encontrar no sólo apoyo moral sino también socorros materiales.

En suma, las críticas producidas contra las cunas maternales sólo son admisibles para aquellos establecimientos mal organizados y mal dirigidos.

Y por otra parte si llegáramos a admitir que la cuna mater-

nal es un mal, ello es según ha expresado Paul Strauss un mal indispensable: "mientras no se encuentre cosa mejor para sustituirla, es preciso mejorarla, pero no combatirla".

Localización de las cunas maternales.

Atendiendo al principio de favorecer la alimentación materna, las cunas maternales deben ser localizadas en centros populosos, lo más aproximado posible a los establecimientos industriales que utilizan el trabajo diurno de las mujeres. Jamás debe permitirse su localización en el interior de las fábricas salvo que puedan establecerse en un lugar donde haya tranquilidad, ventilación, luz, higiene y no esté al alcance de los productos, sea cual fuera su naturaleza, que puedan provenir como deshecho, residuo, etc. de la industria.

Con el objeto de prevenir a los niños de enfermedades infeccio-contagiosas será conveniente no instalarlas en las vecindades de escuelas, ni de viviendas colectivas ni de establecimientos de asistencia colectiva.

La distancia entre las cunas maternales y los lugares de trabajo de las madres no debe de exceder de trescientos metros. Esta proximidad economizará el tiempo concedido a la madre para que acuda a dar de mamar a su hijo, teniendo en cuenta que ese plazo es generalmente muy exiguo.

La localización de las cunas maternales en centros de habitación proletaria ofrece la ventaja de evitar el que se transporte al hijo a grandes distancias pero priva al vástago de las ventajas de la alimentación maternal durante todo el día.

Para evitar estos inconvenientes a que son arrastradas por la necesidad la madre que amamanta cuando encuentra empleo lejos del hogar, urge ampararlas, por lo menos mientras dure la lactancia materna exclusiva de los hijos, proporcionándoles subsidios otorgados por el Estado y por las instituciones privadas que ayudan a la infancia en cada localidad, para evitar así que tengan que alejarse del hijo que alimentan.

CONCLUSIONES

1. Ya es tiempo que se modifiquen los conceptos respecto a las responsabilidades y relaciones acerca de los servicios de bienestar público o privado, especialmente en el campo familiar.
2. Las cunas maternales deben de estar dirigidas hacia la estabilidad integral de la comunidad, justamente ahora cuando el servicio social privado está llamado a justificar su existencia y objetivos en momentos en que el Estado está desarrollando una mayor actividad en el trabajo social.

3. Las instituciones privadas que siguen su línea tradicional, siempre insistiendo en tomar a su cargo todas las necesidades individuales, de mantener standards mayores de lo que toda comunidad jamás estuvo preparada para llevar; deben tentar nuevos rumbos, probando nuevos métodos, proveyéndose de servicios extras que el entendimiento comprensivo y el tratamiento social demandan. Así en esta forma, aunque sigan llevando sus tradiciones, debido a su capacidad de financiación a través de sus fondos privados, retendrán su sitio como una vieja y honorable unidad de los servicios sociales de iniciativa privada dentro de una bien balanceada comunidad, tocando de una manera directa los problemas de la salud, de la familia así como el campo que comprende la protección de la infancia.
4. El edificio donde funcionen estas instituciones debe llevar las características corrientes de cualquier casa y el pensamiento moderno acerca de ésto, es de que el mobiliario y el decorado se alejen lo más posible del tipo institucional, acercándose al de cualquier hogar.

II Parte

NORMAS GENERALES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS CUNAS MATERNALES

Toda institución de este tipo debe seguir ciertas normas generales, entre las cuales consideramos:

- a) Del ingreso de los niños a la Cuna.
- b) De la asistencia de los niños matriculados a la Cuna.
- c) De la asistencia del personal a la Cuna.
- d) De la asistencia social de la Cuna.
- e) De la dirección de la crianza del niño.
- f) Del botiquín de la Cuna.
- g) Del funcionamiento diario de la Cuna.
- h) De las obligaciones y deberes de las madres.
- i) Obligaciones de la Cuna para con el personal.
- j) Obligaciones inherentes a cada empleado .

a) Del ingreso de los niños a la Cuna.

1. Sólo tienen derecho a ingresar a la Cuna, los niños sanos hijos de madres pobres o de familias con problemas sociales de tal naturaleza que no les permiten concretarse exclusiva-

mente a la crianza de sus hijos y comprendidos entre los 0 meses y 3 años de edad.

2. La Institución sólo considerará el ingreso de criaturas que vayan acompañadas por uno de sus padres, pariente próximo o persona autorizada que puedan constatar la calidad de tales.
3. Se interrogará a la interesada, tratando de indagar, la necesidad real que tenga de apartar al hijo del hogar en las horas de trabajo. Estos datos se confrontarán después con el informe social.
4. Se hará un examen clínico, radiológico y de laboratorio para establecer su estado de salud.
5. Se hará un informe social familiar para formarse una idea cabal de la situación económico-social del ambiente del cual forma parte el niño.
6. Con los requisitos anteriores satisfechos, se ingresará al niño a la Cuna.
7. El número de niños matriculados dependerá de la capacidad económica y de alojamiento de la Cuna, teniendo presente que conviene separarlos en pequeños grupos para su mejor atención.

b) De la asistencia de los niños matriculados.

1. La entrada diaria está fijada entre las 7:30 A.M. y las 9 A.M.
2. Se tomará nota de la persona o personas que acompañen a los niños, informándose del grado de parentesco que existan entre ellos.
3. Cada niño será observado a la entrada por la Puericultora o enfermera, la cual los inspeccionará separando a los que según su criterio no estuvieran en buen estado de salud, para hacerlos pasar luego por la consulta médica.
4. Los que llegaren después de la hora fijada para la entrada serán llevados junto con su acompañante a presencia del médico, el cual indagará los motivos de la tardanza y tratará por medio de la persuasión y el consejo de obtener una promesa formal de cumplimientos de los horarios.
5. La hora de salida de los niños está fijada a las 5 P.M.
6. Los niños que no fueran retirados a la hora correspondiente, serán llevados a sus hogares por la visitadora acompañada por la niñera de turno.
7. Los niños que faltaren ocho días consecutivos sin causa justificada comprobada por la asistente social, serán separados de ella dando así cabida a otro que lo necesite. El niño no será abandonado, sino que será orientado hacia el servicio correspondiente.

c) De la asistencia del personal.

1. El personal está obligado a estar en sus puestos a las 7:30 A.M.
2. Considerando la necesidad de la marcha eficaz y permanente de la institución se permitirá el reemplazo temporal del personal subalterno (niñeras y cocineras) siempre y cuando que la reemplazante pueda desempeñar con eficiencia el cargo correspondiente.
3. Este reemplazo será siempre que la inasistencia del personal subalterno obedezca a causas de fuerza mayor transitorias y que no se prolonguen por un tiempo demasiado largo.
4. La hora de salida del personal está fijada a partir de las 5 P.M.

d) Del servicio social.

El servicio social en las cunas maternales se establecerá a base del servicio social familiar organizado por sectores y que tendrá como objetivos:

1. Desarrollar una acción intensiva en favor del bienestar de las familias y de los niños, proporcionándoles ayuda moral y cultural, económica e higiénica para su dignificación y rehabilitación.
2. Orientar y educar a la familia para mejorar su nivel de vida y fomentar su iniciativa, para que se valga por sus propios esfuerzos.
3. Aplicar la técnica adecuada del servicio social, al realizar su trabajo dentro de las instituciones de protección a la madre y al niño, para conseguir la proyección hacia el hogar de las labores que realizan estas dependencias.
4. Organizar y perfeccionar constantemente los Servicios Sociales Especiales y la Oficina Central para que exista una verdadera coordinación y orientación técnica en el trabajo general del servicio social que presta sus servicios a la institución.

e) De la dirección de la crianza del niño.

La dirección de la crianza del niño se hará de acuerdo a un plan dentro del cual estarán comprendidos los siguientes puntos:

1. Horarios.

7: 30 - 8:30 — Llegan los niños. Son anotados, inspeccionados y divididos por grupos según la edad. Se les lleva luego a efectuarles su aseo. Las madres son interrogadas acerca de la alimentación de su hijo, del sueño,

evacuaciones y otros puntos acerca del cuidado del niño en el hogar.

8:30 - A.M. — Inspección de salud de todos los niños estanciados por la enfermera. Todo niño con síntomas de enfermedad es aislado. Todo niño nuevo debe ser examinado por el médico.

9 - 9:30 A.M. — Desayuno.

9:30 - 11 A.M. — Juego al aire libre, pero vigilados. Los bebés son puestos a dormir al aire libre, pero protegiéndolos del sol directo, en cunas o coches.

11 A.M. — Los niños son llevados al interior-hábitos de higiene. Darles un periodo de juego con juguetes. Durante este periodo los niños más grandecitos deben de ir en grupos de cuatro o seis para prepararse para el almuerzo. Cada niño debe tener sus propios artículos higiénicos. Debe lavarse cara y manos y peinarse el cabello.

11:30 A. M. — Almuerzo. Durante este periodo deben de ser vigilados e instruidos en las buenas costumbres en el comer. Los lactantes son atendidos por las niñeras.

12:45 P.M. — Se prepara a los niños para el reposo de la tarde. Higiene. Higiene bucal. Se quitan los zapatos, se les enseña a remover las cobijas. Los niños deben dormir en cunas individuales.

1 - 2:45 P.M. — Descanso o reposo.

2:45 P.M. — Toilet. Se les enseña a ponerse los zapatos y a arreglar la cama. A los mayorcitos a ponerse el saco. A estos últimos se les da un vaso de agua.

3 P. M. — Juego al aire libre. En el invierno sólo se les hará caminar y en parte jugar. En el verano a los lactantes se les dará baños de sol gradualmente y se les hará jugar. En el invierno también a los lactantes se les sacará al aire libre y se les dará períodos de sol cuando sea posible hacerlo.

4:15 P.M. — Se hará entrar a los niños al interior. Toilet. Se les prepara para la comida.

4:30 P.M. — Comida. Luego se les prepara para que se vayan a sus casas. Toilet. Lavado de cara y manos. Higiene bucal. Peinado. Luego se les deja jugar hasta que lleguen sus padres.

5 P.M. — Las madres comienzan a llegar y a charlar con las trabajadoras de la Cuna acerca de sus hijos. Este momento se aprovecha para aconsejarles e instruirles acerca de los cuidados que debe seguir prodigando a su hijo en el hogar.

2. Cantidad y calidad de los alimentos.

La cantidad y calidad de los alimentos estará regida por los cálculos dietéticos efectuados de acuerdo a los requerimientos calóricos de los niños según su edad, peso, estado nutritivo, etc.

3. Prácticas de higiene.

Entre las cuales está comprendida el aseo y arreglo diario de los niños que los necesiten, el baño diario a los lactantes cuando no ha sido hecho en sus hogares y periódicamente a los infantes cuando lo necesiten. A la misma vez se llevará un plan sistemático en la instrucción del niño en su higiene personal.

4. Condiciones del ambiente físico.

Se tratará de mantener al niño al aire libre siempre que las condiciones lo permitan. Los patios, dormitorios, comedores, salas de recreación, etc. deben de gozar de limpieza y ventilación.

5. Manera de tratar al niño.

Los niños deben de ser tratados con suavidad y firmeza pero con una elasticidad comprensiva según los casos y sin abandonar jamás la tonalidad afectuosa.

6. Formación de hábitos.

Tales como horario de alimentación, hábitos de higiene, relación de amistad con los demás niños y normas de la buena educación.

7. Medidas tendientes a robustecer al niño.

Entre las cuales hay que considerar:

Alimentación dirigida. Higiene corporal. Sueño suficiente. Actividad psíquica equilibrada. Educación en general. Vida al aire libre. Suficiente asoleo. Provisión suplementaria de vitaminas. Gimnasia apropiada a sus edades.

8. Profilaxis de las infecciones y del raquitismo.

Separando a los niños enfermos. Efectuando vacunaciones profilácticas. Suministrando cantidades suficientes de vitaminas en forma natural o artificial, etc.

f) Del botiquín maternal.

Como la experiencia ha demostrado que las madres no poseen en un momento dado los recursos necesarios para adquirir los medicamentos que requiere el tratamiento del hijo enfermo, se ha concebido la organización de un botiquín maternal que tiene la virtud de servirlas en el momento oportuno.

Este botiquín se habilitará a costas de una cuota voluntaria que se recauda entre aquellos cuyas posibilidades económicas lo permiten y de los obsequios efectuados por los laboratorios.

Proporcionará toda clase de medicamentos, magistrales u oficinales, a los niños que lo requieran hasta su completo restablecimiento.

Estará bajo la responsabilidad directa de la enfermera en la parte técnica y de la administradora de la institución en la parte económica.

g) Del funcionamiento diario.

1. La Cuna maternal funciona diariamente desde las 7:30 de la mañana, a las 5 de la tarde, horario en el que están comprendidas las variables entradas de los niños hasta las 8:30 de la mañana y la salida desde las 5 de la tarde.
2. La administradora llegará al local antes de las 7:30 de la mañana, con el fin de disponer lo conveniente para la recepción de los niños, así como vigilar la asistencia del personal, anotando en el libro de asistencia de éstos las horas respectivas de llegada.
3. El número de niños que asisten diariamente es anotado en una pizarra que está a la vista de todo el personal. El médico constatará las cifras anotadas y lo hará constar en el libro correspondiente (Libro de asistencia de niños).
4. Se anotará el menú del día en la pizarra colocada en el comedor, el cual será controlado por el médico-jefe.
5. Se agruparán a los niños en dos grupos:
Primer grupo. Lactantes comprendidos entre 0 meses y un año.
Segundo grupo. Infantes comprendidos entre un año y tres años.
6. La consulta médica funcionará diariamente. En ella se hará el control del niño sano, se atenderá a los niños que soliciten ingreso, a los niños matriculados que estén enfermos y al personal de la institución.
7. Visita diaria a todas las dependencias de la cuna maternal efectuada por el médico y la enfermera.
8. Alimentación, higienización e instrucción de los niños estanciados, vigilado y controlado por el médico y la enfermera.
9. Limpieza diaria del local donde funcione la cuna maternal.

h) De las obligaciones y deberes de las madres.

1. Las madres están obligadas a cumplir con los horarios de entrada y salida reglamentada.
2. Están obligadas a informar de la inasistencia de sus hijos y de las causas que lo obligaron.
3. Es deber de la madre cooperar económicamente de acuerdo con sus posibilidades.
4. Es deber de las madres cooperar económicamente a la habilitación del botiquín maternal con una cuota voluntaria de acuerdo con sus posibilidades.
5. Es deber de las madres cooperar a mantener en sus hogares las disciplinas dietéticas e higiénicas que se instituyan en la cuna maternal.
6. Es deber de ellas, asistir a las charlas que periódicamente se ofrecen respecto a cuidados, higiene, educación e instrucción de los niños, ya que con ello colaborarán a la mejor crianza de sus hijos.
7. Es deber de las madres, tener relaciones de franca cooperación y amistad con la cuna maternal, haciéndola copartícipe de los problemas relacionados con el hijo, con la familia y con la comunidad, ya que la institución es una prolongación de su propio hogar.
8. Es deber de las madres, formar u organizar centros, clubs, asociaciones, patronatos, etc. en pro del bienestar familiar y de la comunidad.

i) Obligaciones de la Cuna para con el personal.

La cuna maternal está obligada a:

1. Ofrecerles la alimentación, unas veces gratuita y otras previa una modesta cuota mensual, al personal a su servicio.
2. Facilitarles uniformes limpios.
3. Cuidar de su salud y evitarles enfermedades.
4. Asistirlas médicaamente cuando el caso lo requiera.
5. Enseñarles los principios fundamentales sobre los que se basa la buena atención del niño para capacitarlas en el buen desempeño de sus obligaciones.

j) Obligaciones inherentes a cada empleado.

Los empleados o trabajadores de las cunas maternales por el cargo que desempeñan deben tener las siguientes designaciones:

Médico-jefe.

Administradora.

Enfermera o visitadora sanitaria.

Asistente social.
Ecónoma.
Niferas.
Cocineras y ayudantes de cocina.
Mayordomo.

Obligaciones y deberes del médico-jefe.

1. Concurrir diariamente a la cuna maternal.
2. Determinar el ingreso de los niños.
3. Controlar la asistencia de los matriculados.
4. Controlar la asistencia del personal.
5. Ofrecer consultas médicas diarias para los niños enfermos.
6. Vigilar el estado de salud de los empleados, asistiéndoles en sus dolencias y concediéndoles licencia si el caso lo requiere.
7. Aceptar los reemplazos del personal subalterno inasistente.
8. Controlar el estado diario de salud de los niños estanciados.
9. Determinar la cantidad, calidad y variedad de los alimentos que deben suministrarse a los niños de acuerdo a sus necesidades calóricas.
10. Controlar periódicamente el peso y el desarrollo equilibrado de los niños.
11. Revisar periódicamente las fichas individuales de los niños.
12. Vigilar la confección de las fichas individuales de los niños.
13. Periódicamente confeccionar curvas de peso para establecer un índice del desarrollo de los niños y del estado de salud en relación con el peso.
14. Controlar y cooperar en la administración para el buen financiamiento de los gastos de la institución.
15. Revisar y poner su visto bueno en las planillas y gastos elaborados por la administradora.
16. Visar las estadísticas mensuales.
17. Visar los libros de asistencia diaria de los niños y del personal.
18. Supervisar la higiene, educación e instrucción de los estanciados.
19. Supervisar la higiene del local.
20. Efectuar profilaxia de las enfermedades hasta donde ello sea posible.
21. Dar breves charlas al personal subalterno sobre principios fundamentales en el cuidado y crianza de los niños.
22. Dar charlas periódicas a las madres sobre alimentación, higiene y educación de sus hijos.
23. Tratar de relacionar a la cuna maternal con todos los servicios comunales a través de sus amistades y prestigio adquiridos en la localidad.

Obligaciones y deberes de la Enfermera o visitadora sanitaria.

1. Vigilar la recepción de los matriculados.
2. Separar para la consulta médica a los niños que según su criterio no están en buenas condiciones de salud.
3. Ayudar al médico en su consulta diaria.
4. Acompañar al médico en su visita diaria.
5. Informar al médico de las novedades habidas en relación con la salud e higiene de los niños estanciados.
6. Representar al médico durante su ausencia.
7. Aislar a los contagiosos o sospechosos de contagiosidad y avisar al médico del hecho.
8. Cumplir las prescripciones médicas sobre suministro de drogas, curaciones y aplicaciones de inyecciones.
9. Educar a la auxiliar y a los demás empleados subalternos en el cumplimiento de sus respectivas obligaciones.
10. Vigilar el aseo general de los niños.
11. Vigilar el lavado y desinfección de las ropas.
12. Vigilar el cumplimiento de los cuadros de alimentación establecidos por el médico para cada uno de los grupos de la institución y dirigir su buena preparación.
13. Tener al día los libros de consultorio, las fichas individuales y ordenar cada mes, los datos para la confección de las estadísticas.
14. Pesar quincenalmente a los lactantes y mensualmente a los infantes.
15. Tener la responsabilidad técnica del botiquín maternal.
16. Ayudar al médico en todos los trabajos científicos que éste iniciara en relación con la cuna maternal.
17. Visitar el domicilio de los niños que desean ingresar, presentando al médico un amplio informe sanitario de las condiciones del hogar visitado.
18. Determinar las aptitudes de las niñeras en relación con el cuidado de los niños. De esta manera puede recomendar los cambios que crea necesario en bien del mejor funcionamiento de la institución.
19. Controlar la higiene, educación e instrucción de los estanciados.
20. Controlar la higiene del local.

Obligaciones y deberes de la Asistencia Social.

1. Realizar la encuesta social de las familias de todos los niños que ingresen a la cuna maternal, para proporcionar a estas instituciones un fichero con el cuadro familiar y social completo del niño, datos acerca de las condiciones individuales,

familiares y de nivel de vida tanto en el orden económico como en el moral y cultural, en el higiénico y sanitario.

2. Efectuar la visita a los hogares de los niños previamente a la admisión, para que la asistencia prestada, se dé a quien corresponda, es decir a los verdaderos necesitados.
3. Tomar a su cargo el tratamiento social del niño que presenta cualquier anomalía en sus costumbres o en su salud.
4. Tomar a su cargo el tratamiento social de la familia de los niños que se encuentran en desequilibrio de cualquier orden: moral, cultural, higiénico, sanitario, económico, etc. utilizando para ellos los recursos comunes con que cuenta la Sección Servicio Social: Servicio Social de Amparo Maternal, Servicio Especial de Colocación Familiar, Servicio Especial de Higiene Mental, Servicio Médico-Social de los Centros de Protección a la Infancia, Fondos de Auxilios Sociales, etc.
5. Llevar la historia de los casos sociales en tratamiento familiar al Fichero Central del Servicio Social para evitar la duplicidad en el tratamiento social de la misma familia por otra asistenta social de otra institución.
6. Registrar los nuevos casos en el Registro de Servicio Social de la Oficina Central.

Obligaciones y deberes de la administradora.

1. Disponer el financiamiento mensual.
2. Controlar la asistencia de los trabajadores de la institución.
3. Ejercer un control directo en el cumplimiento de las obligaciones que incumben al personal subalterno.
4. Vigilar que se cumplan estrictamente los horarios por el personal a su control.
5. Hacer las sugerencias que crea conveniente para el buen funcionamiento de la Cuna.
6. Llevar el libro de "caja" en el que anotará las cantidades recaudadas de las cuotas voluntarias de las madres, así como las subvenciones que reciba del Estado o de cualquier otra agrupación social que ayude a la institución.
7. Elaborar las planillas de gastos mensuales.
8. Permanecer en el local hasta que terminen las labores diarias y conservar las llaves del establecimiento asistencial.
9. Cuidar de la conservación del local, útiles y enseres.
10. Cuidar los uniformes del personal y todo lo relacionado con vestidos, ropa de cama, etc. de los niños.

Obligaciones y deberes de la écónoma.

1. Su labor está consignada a buscar y comprar todos los elementos necesarios que se hayan solicitado para la preparación de los alimentos de los niños y del personal.
2. Efectuar compras diversas solicitadas por la administradora.
3. Controlar el consumo de productos alimenticios almacenados en la cuna maternal.
4. Ayudar a la administradora en las labores que ella le solicite.

Obligaciones y deberes de las niñeras.

1. Hacer el aseo diario de los niños, bajo la vigilancia de la enfermera.
2. Mantener una vigilancia permanente de los niños, para evitar accidentes u otras vicisitudes derivadas del descuido.
3. Enseñar juegos y cantos a los niños para expansión física y espiritual de éstos.
4. Disciplinarlos, creándoles hábitos higiénicos y de educación.
5. Poner en práctica las enseñanzas derivadas de las charlas ofrecidas sobre crianza y cuidados de los niños.
6. Llevar a los niños a sus hogares, cuando no han sido retirados a la hora establecida de salida.
7. Cumplir con las instrucciones impartidas por el médico, relacionado con los niños que requieren cuidados especiales.
8. Cooperación amplia y comprensiva para el buen funcionamiento de la institución.
9. Observación cuidadosa y detenida de los niños a su cargo para poder informar de cualquier desorden u anormalidad que anote en cualquiera de ellos.
10. Ayudar a la enfermera en las funciones de alimentación de los niños, interviniendo directamente en las enseñanzas requeridas para independizar al niño en relación con sus necesidades alimenticias, higiénicas, educacionales, etc.
11. Cumplir con los reglamentos de la Cuna que le atañen.
12. Mantener en ellas mismas, la mayor higiene posible (limpieza de sus ropas, cortado de las uñas, resguardarse el pelo con mallas, etc.), así como obligatoriamente usar mascarillas en la atención de los lactantes.

Obligaciones de la cocinera y de la ayudante de cocina.

1. Preparar los diferentes alimentos, de acuerdo a las indicaciones suministradas por la enfermera en lo que se refiere a la

alimentación de los niños y de la economía en lo que se refiera a la del personal.

2. Limpieza de la cocina y de los utensilios que a ella pertenecen.
3. Tener los alimentos preparados de acuerdo con los horarios fijados.
4. Dar cuenta a la administración de cualquier deterioro que sufriera alguno de los materiales a su cargo.

Obligaciones del mayordomo.

1. Abrir diariamente el local a la hora fijada.
2. Hacer la limpieza del local.
3. Hacer mandados relacionados con necesidades de la Cuna.
4. Hacer reparaciones y mejoras que estén de acuerdo con sus posibilidades.
5. Cerrar diariamente el local a la hora indicada por la administradora entregándole inmediatamente las llaves a ésta.

BIBLIOGRAFIA

1. Day Nursery Manual. National Federation of Day Nurseries.
2. The Day Nursery in a changing world. — Helen Hart.
3. A Survey of Day Nurseries. — Mary F. Bogue and Katherine F. Blake.
4. Health Work in Day Nurseries. — Dr. Theodore K. Selkirk.
5. Day Nurseries. — Helen G. Tyson.
6. The Day Nurseries in its Community Relations. — Helen G. Tyson.
7. Foster Day Care in Day Nurseries. — Luna E. Kenny.
8. Impressions of a Nursery School. — Dorothy Margaret Stuart.
9. The place of Nursery School in Public Education. — John K. Hoster.
10. Guarderías Infantiles. — Dr. Juan A. Ruiz Santa María.
11. Casa-Cuna. — Sociedad de Beneficencia de La Plata.
12. Las Casas-cunas; su rol. — Víctor Latou Jaume.
13. Servicio de protección a la primera infancia y casa del niño del Uruguay. — Dr. Julio A. Bauzá.
14. Consejo del niño. — Dr. Julio A. Bauzá.
15. Creche. — Dr. Gastao de Figueiredo.
16. Pouponnière Nestlé. Foundation Louis Dapples.
17. La división primera infancia del Consejo del Niño del Uruguay. — Dr. Julio A. Bauzá.
18. Reglamentación interna de la Cuna Maternal "Sagrado Corazón de Jesús" de Lima. — Departamento de Protección Materno-Infantil de Lima.

LA PROTECCION MEDICO - SOCIAL DEL PREMATURO

Por el doctor Antonio Pannocchia

(República Dominicana)

Por consenso unánime y de conformidad con lo establecido por el comité de Higiene de la extinta Sociedad de las Naciones, se estudian dentro del término de prematuro a todos aquellos niños cuyo peso al nacer no sobrepase los 2500 gramos. En este grupo, al que otros designan con el nombre de "inmaduros", se estudian:

1. Los simplemente prematuros o prematuros accidentales.
2. Los prematuros débiles, provenientes de madres enfermas, y cuya enfermedad puede haber sido factor etiológico.
3. Los débiles, aunque de término, cuya madurez no se ha producido normalmente por causas diversas.
4. Los niños pequeños, de término, niños hipoplásicos de padres generalmente de corta talla, y que sólo se incluyen en este grupo en atención a su peso, aunque suelen ser más resistente que otros que sobrepasan el límite establecido.
5. Los nacidos, con peso hasta 2.500 gr. de parto gemelar, prematuros y de término, que pueden a su vez provenir de madre sana, o de madre débil o enferma.

El elemento de diferenciación, el que encasilla al niño en el grupo que estudiamos, es el peso, factor importante, pero no decisivo, en el porvenir del niño.

Etiología.

La investigación estadística de las causas de prematuridad ha sido siempre difícil. Las causas bien establecidas, no representan sino un coeficiente bajo del total de prematuros; considerando causas seguras y probables, las estadísticas dan cifras muy variables, que oscilan del 10 al 90 %; dejando un amplio margen de causas desconocidas.

Anderson y sus colaboradores, citados por Obes Polleri, han dedicado una serie de importantes trabajos a este punto, y en un análisis de la literatura hasta 1939, señalaban como factores: nacimiento múltiple, toxemia, enfermedades maternas, hemorragias, anomalías y trastornos locales del tractus genital, edad materna, factores hereditarios, intervenciones quirúrgicas no obstétricas, anomalías fetales, prematuridad habitual; nutrición materna, fatigas y otros factores; cuidado prenatal.

Las publicaciones sobre prematuros de Hers, Murtagh, Cros-sé, etc., siguen la misma orientación y en la muy interesante publicación del Children's Bureau, Dunham, dentro de su completa documentación bibliográfica, mantiene, la impresión confusa primitiva.

La larga enumeración de factores incriminados como causa de prematuridad engloba, elementos de jerarquía muy diversas, que obran ya directa, ya indirectamente. Y es muy posible que muchos de ellos obran por intermedio de los mismos mecanismos fisiopatológicos, lo que hace sumamente difícil la apreciación de su influencia real.

Es precisamente, en el adelanto de los conocimientos de la fisiopatología de la gestación, en donde se debe buscar el camino para la ordenación de las causas de prematuridad, base indispensable en la profilaxis de esta condición.

Profilaxis.

La profilaxis de la prematuridad constituye un importante elemento en la reducción de la mortalidad infantil en general y de la neo natal en particular.

Dunham, señalaba en 1936, que la profilaxis del problema de la prematuridad consistía esencialmente en los esfuerzos que, al demorar el nacimiento del prematuro, elevaban su peso, mejorando así, sustancialmente, su mortalidad. El concepto de carencia fetal, introducido por Obes Polleri, abre un horizonte nuevo, por la posible eliminación de un sector quizás muy importante de la prematuridad y por el mejoramiento del peso, madurez y pronóstico vital de los nacidos prematuros por otras causas.

La profilaxis del prematuro debe descansar en tres capítulos principales: a) Nutrición y dieta maternas; b) Cuidado prenatal, y c) Conducta del Parto.

a) Nutrición y Dieta Maternas.

La necesidad de una dieta completa y bien equilibrada para la grávida, es un concepto clásicamente elemental, aunque no suficientemente difundido y realizado por el médico práctico. Pero, su influencia sobre el niño en formación y su repercusión sobre la mortinatalidad, la mortalidad neo natal, el peso del niño al nacer y la prematuridad no han sido lo suficiente divulgados.

Burke y sus colaboradores, señalaron claramente por primera vez la influencia de la dieta sobre el niño. Mostraron cómo los niños de mala calidad (nacidos muertos, muertos neonatales, malformaciones, prematuros y fisiológicamente inmaduros), nacen sistemáticamente de madres que han tenido dietas clasificadas co-

mo muy pobres. En especial, todos los prematuros de su estadística pertenecían a madres con dietas muy pobres.

La interesante investigación de Tompkins, señalando el caso de 750 madres con dieta equilibrada, completa con vitaminas, no han tenido ningún prematuro, mientras que en 750 testigos se han observado 37 prematuros. Por lo tanto el obstetra debe fijar para la embarazada sana una dieta completa y equilibrada, completada con vitaminas y minerales si fuera necesario y de acuerdo a las normas fijadas en 1945 por: Food and Nutrition Board, National Research Council.

b) . . Cuidado Prenatal.

El cuidado prenatal controlará en primer término la nutrición y la salud de la grávida. Teniendo en cuenta que la mortalidad del prematuro disminuye a medida que aumenta su peso, el obstetra se esforzará en el cuidado prenatal por prolongar la gestación, de modo que, si bien no evite la prematuridad, por lo menos obtenga niños con probabilidades razonables de vivir.

c) Conducta del Parto.

El parto debe ser doblemente cuidadoso, esforzándose por reducir el traumatismo inevitable al mínimo posible. En este sentido, la conservación de la bolsa de agua es muy importante. La madre debe recibir Vitamina K profiláctica, en forma apropiada. Puesto que es evidente que la disminución de la hipotrombinemia del recién nacido, más acentuada en el prematuro, atenua, sin riesgos para la madre, las consecuencias del posible traumatismo del nacimiento.

El empleo de sedantes y anestésicos, cuyos riesgos y ventajas pueden balancearse en el niño a término, no son aconsejables en el prematuro, pues acrecientan considerablemente sus riesgos.

La morfina eleva la mortalidad, en especial en los casos que, como la placenta previa, favorecen la anoxia, agravada por estos elementos que crean frecuentemente la depresión irreversible de los centros respiratorios.

El concepto de riesgo grave que crea la morfina, debe ser divulgado, pues no siempre es tenido en cuenta por el médico práctico. Aquí, como en los otros elementos de profilaxia, el obstetra deberá balancear los riesgos de la madre y las posibilidades del nacido muerto, con la obtención de un niño cuya crisis de nacimiento le represente el mínimo riesgo. Parece ser que, desde el punto de vista del niño, el forceps bajo con episiotomía y con anestesia local, representa el método ideal, mismo frente al vértece

que se retrasa, pues lo protege del doble y grave riesgo que significa la anoxia y el traumatismo intracraneano.

Necesidad de velar por la vida y desarrollo del prematuro.

Si en la época greco-romana no se dedicaba mayor interés a estos niños, cuya muerte se podía contar por segura, en la época contemporánea se han ido intensificando los medios para conservarles la vida, mismo a aquellos de un peso inferior a 1.000 gr. Desde el caso publicado por Mursick en 1874 y que despertó general interés, de un niño de 875 grs. y que sobrevivió, son numerosos los casos de niños que han sobrevivido. Sin embargo, no han faltado quienes consideran como desprovisto de razón, el procurar conservar la vida a los menores de 1500 gr. Rott es de opinión de que no es deseable la conservación de aquellos prematuros que sufren de ataque de cianosis, debidos a hemorragias intracraneana. Para Illppoe desde el punto de vista del mejoramiento de la raza, no habría interés en conservar la vida de los niños de 1000 a 1200 grs.

Con la casi totalidad de los puericultores, se es de opinión, que no deben escatimarse esfuerzos en el propósito de procurar la sobrevida de estos seres que nacen en condiciones tan precarias. Aún cuando resulta muy elevado el gasto de dinero y energías que se deben aplicar a este fin, el resultado de conservar la vida de un ser, cuyo futuro nadie podría prever a priori, es suficiente compensación desde el punto de vista de la ética profesional. Para los escépticos en este punto, bastará recordar algunos nombres de sabios y de literatos de renombre universal que nacieron prematuramente o con escasa vitalidad. Entre ellos se citan Newton, Rousseau, Voltaire, Víctor Hugo, Lamartin y Renan, que si hubiesen sido sacrificados al nacer por Eugenista recalcitrante, se hubiese privado a la humanidad de una tan magnífica constelación de cerebros de primera magnitud.

Pronóstico.

El pronóstico de sobrevida del niño prematuro depende en gran parte de sus condiciones al nacer.

Si bien el peso y la talla tienen un valor que no podría ser desconocido, no menor significación tienen las condiciones a que ha estado condicionado su nacimiento (Traumatismo obstétrico, hemorragia intracraneana, asfixia), así como a los primeros cuidados que le fueron prodigados.

En lo referente al peso es conocida la estadística de Mortalidad de Illppoe, que comporta para todo el primer año las cifras siguientes:

Hasta 1.000 gr. al nacer	94.4 %
De 1.001 gr. a 1.500 gr. al nacer	65.1 "
De 1.501 gr. a 2.000 gr. al nacer	44.8 "
De 2.001 gr. a 2500 gr. al nacer	35.5 "

Ellos revelan, por consiguiente, el pronóstico severo, que comporta para la vida del niño el nacimiento prematuro o en condiciones de vitalidad deficiente.

Para la estimación de sus probabilidades de sobrevida, es importante la determinación del cociente peso/talla, que en el niño a término, con 3.000 grs. de peso y 50 cm. de talla, equivale a 60 grs. por cm. En el niño prematuro esta cifra se reduce considerablemente, al punto de poder concluir en contra de toda posible sobrevida si el índice es de 30 o inferior a esta cifra.

El perímetro torácico proporciona igualmente datos que permiten concluir en favor o en contra de las probabilidades de sobrevida. Con 23 cm. de perímetro torácico, el pronóstico sería sumamente grave, y prácticamente la sobrevida sería imposible cuando la cifra obtenida fuera 21.

De una marcada peligrosidad es para el prematuro el momento de su traslado, sea al domicilio de la madre, si ha nacido en un servicio de maternidad o a un internado especializado. La hipotermia, inevitable si no se adoptan precauciones especiales, puede ser sin mayores consecuencias si sólo ha durado pocos minutos, pero puede tener consecuencias irreparables si se ha prolongado. De aquí la necesidad de hacer el traslado utilizando incubadoras portátiles para este fin.

El pronóstico de sobrevida del prematuro está condicionado a que pueda ser librado de la infección. Al abrirse la puerta a la infección, sea que se generalice, o se localice, el pronóstico se ensombrece considerablemente. Mismo sin la intervención de un elemento infeccioso, el prematuro se muere a menudo por atelectasia y por hemorragia intracraneana. Otras veces es solamente la vitalidad deficiente, la única causa de muerte.

Por las razones expuestas, se hace indispensable la asistencia del prematuro en servicios especializados, y ello tan pronto como sea posible, si la madre o el servicio de maternidad en que ha nacido no está equipado en forma de poder atenderlo convenientemente.

El pronóstico de la prematurez está en íntima relación con los cuidados especiales que se le apliquen lo más precozmente posible.

Conclusiones:

La protección médica-social del niño prematuro es un deber indispensable en todos los países avanzados, tanto en la ciudad

como en el campo y debe ser motivo de preocupación especial por las instituciones de protección a la infancia.

Es indispensable poseer un servicio central con todas las exigencias de la técnica moderna para internar a los prematuros que han nacido fuera de los servicio de maternidades.

Este servicio central debe tener el material apropiado para el transporte sin ningún riesgo del prematuro, y de un personal técnico y auxiliar especializado.

Se deberá insistir en el cumplimiento de la declaración obligatoria de los niños que han nacido con un peso inferior a 2,500 gr. o con marcada debilidad congénita.

La asistencia prenatal a la madre, el reposo, la alimentación adecuada en los últimos meses de la gestación, son recursos muy útiles y cuyo estricto cumplimiento permiten reducir considerablemente el número de niños que vienen al mundo con poca vitalidad.

La profilaxis de la prematuridad constituye un importante elemento en la reducción de la mortalidad infantil en general y de la neo-natal en particular.

CASAS - CUNAS EXTERNAS. GENERALIDADES. SU FUNCION MEDICO - SOCIAL

Por el doctor Rogelio Decanio D.

(Venezuela)

Generalidades.

Nacieron las Casas-Cunas Externas del deseo muy humanitario de proteger a la madre y al niño de una serie de problemas de caracteres diversos, que de una manera u otra obstaculizaban su vida, diezmándola, no solamente desde el punto de vista físico sino también psíquico y moral. Es la respuesta de una sociedad consciente y bien organizada que procura obtener para las clases trabajadoras, carentes de por sí de los medios económicos necesarios para llevar una existencia que les permita una estabilidad integral en su hogar, en el trabajo o en otras actividades, para que por medio de este tipo de ayuda, puedan desarrollar un sistema que les permita colaborar con la sociedad misma, actuando bien en cualquier tipo de trabajo a que se dediquen.

El hecho de dejar al hijo en manos inexpertas mientras se va a la fábrica o a trabajos domésticos en casas de familia, etc., así como también el peligro constante en que se encuentran estos niños, ya no constituye una preocupación, ni involucra un pe-

ligro siempre potencial en la salud física y espiritual del niño, porque la madre sabe que mientras está en sus ocupaciones habituales, su hijo está rodeado de todos los cuidados que necesita.

Se hace una protección no solamente individual, sino más amplia, es colectiva, y este grupo de personas responde mucho mejor y da un rendimiento que se deja ver en el trabajo que hacen. De tal manera que es la misma sociedad la que se beneficia, porque como podríamos apreciar obtiene para los niños un excelente cuadro de salud (disminución de la morbilidad y mortalidad infantil), las madres mejoran en su estado económico, capacidad en el trabajo, tranquilidad familiar y se educa, cosa muy importante que dejan estas instituciones.

En los momentos actuales es difícil encontrar un país que no se preocupe por el problema y tenga en actividad estas casas-cunas, las cuales han alcanzado una organización bastante sólida para realizar una verdadera protección integral tanto a la madre como al niño.

Definición.

De lo expuesto podemos deducir que las Casas-Cunas Externas son instituciones que están destinadas a recibir y cuidar a los hijos de las madres obreras, mientras éstas se dedican a su labor.

Condiciones de ingreso:

1. de parte de la madre: ser obrera.
2. de parte del niño: a) estar sanos.
b) tener la edad apropiada.

Procedimientos:

Es muy importante el control que se debe llevar al aceptar a un niño en la institución. Los exámenes médicos-sanitarios que se deben exigir tanto a la madre como al hijo traen favorables resultados. De este procedimiento se sacan una serie de observaciones interesantes, por cuanto al exigir un chequeo de sangre (Wassermann o de Kahn), de pulmones (radioscopias del tórax), así como también el examen del niño en un servicio de puericultura, el médico o el higienista pueden descubrir alguna enfermedad contagiosa o un déficit en la salud del niño y de esta manera se procura tratar al tipo de afección descubierta, evitando que persista en la persona o que contamine a otras y en cuanto al niño, como dijimos, es un motivo precioso para su inscripción en un servicio especializado y su control ulterior.

Esto en cuanto se refiere a la salud de la madre y el hijo, en

cuanto a la edad, generalmente se aceptarán aquellos niños sanos en una edad que fluctúe entre el nacimiento y los tres años (luego pasan a otra institución en la cual están hasta los seis o siete años, el Jardín de Infancia). Digo generalmente, porque lo ideal es que la madre le dé al hijo como alimentación exclusiva durante el primer semestre el seno (leche materna) y sobre todo durante los primeros treinta días de vida, que además amerita un cuidado especial. Algunos habremos observado que las madres en el deseo de ir al trabajo y obtener una entrada económica que necesitan, privan al hijo del seno y por su cuenta le imponen un régimen dietético desastroso. Para evitar ésto es que se aceptan a niños menores de los seis meses de edad. Es también por este motivo que debemos procurar que las fábricas tengan estas instituciones. En algunos países no es un problema esto relacionado a la alimentación materna, pues dentro del sistema proteccional poseen sitios en donde se hace ordeños de madres, obteniendo la leche necesaria para los niños; también existen dentro de la institución departamentos para los prematuros y niños menores de un mes (estos son los Centros Maternos-Infantiles).

Otros requisitos de ingreso: La investigación Social.

Estos serían los requisitos que podemos llamar médico-sanitarios, al lado de éstos van aquéllos que se encaminan a practicar una investigación de la vida de estos seres:

de su estado familiar.

" " " económico.

" " " sanitario, etc.

La observación cuidadosa de estas condiciones se hace por intermedio de un servicio especializado: el Servicio Social.

Al inscribir a un niño en una Organización de Protección a la Infancia, debe hacerse a través de estos servicios, ya que son ellos los que están más en contacto con sus problemas y son los encargados de hacer las investigaciones sociales necesarias.

Al practicar una investigación es importante llenar lo que se llama la Encuesta Social del Caso, comprendiendo un estudio integral con el propósito de ayudar en una forma multilateral a la madre en muchos aspectos que ella misma muchas de las veces desconoce. Es parecido al proceso médico-sanitario; no sabe que es portadora de tal o cual enfermedad, se le descubre y se procede a su tratamiento y curación. Del mismo modo, al practicar el historial social se puede descubrir que sufre de problemas familiares que muchas de las veces se pueden mejorar o hasta eliminarlos. Pueden ser problemas de vivienda, de abandono, eco-

nómicos, sanitarios, médicos, educacionales, etc. En síntesis en la Encuesta Social se obtienen los siguientes datos:

- a) La Historia Familiar.
- b) El grupo familiar.
- c) Individualización del Niño.
- d) Antecedentes.
- e) Condiciones de la vivienda.
- f) Condiciones económicas, etc.

Luego tendremos, cuando se hayan estudiado bien estos datos, hacer el diagnóstico para imponer el tratamiento social apropiado.

Como podemos estimar, no se debe tener una opinión simplista de la acción de la Casa-Cuna, sino de estimarla con una idea de verdadera protección amplia, que beneficia no solamente al binomio en una etapa diurna de trabajo de la madre, sino algo que va más lejos y es la ayuda al hogar, a la familia, a lo verdaderamente integral.

Las Casas-Cunas Externas no deben considerarse como centros de funcionamientos aislados pues sería contraproducente; deben depender de los Organismos Técnicos para que se pueda ejercer una verdadera organización y un control sistemático en su funcionamiento y así rindan la utilidad que se desea: una excelente función social dentro de la sociedad.

Son pues de extrema importancia los dos requisitos de que he hecho referencia: el Médico-Sanitario y el Social.

Vida Interna:

Al ser aceptado el niño en la Institución es necesario inscribirlo como miembro de ella y hacer conocer a la madre los deberes que contrae. Se debe siempre inculcar que la consideren como un hogar, que hay que amarla, colaborar en su sostenimiento y que no es un depósito de niños que les facilita una libertad de trabajo. Al niño se le anota en un libro de Registro de Inscripción y se le abre su ficha de control; se le pasa al departamento médico para que le practique su examen primario (después se le hará su control sistemático), y se le ordene un régimen dietético (también se anotarán todos los exámenes que se le hayan practicado anteriormente). Lo que se persigue es que el niño sea y permanezca sano. Luego se le destina a un departamento higiénico: cunas, teniendo cuidado que su lencería siempre se conserve limpias (cambios rigurosos), como también su vestuario. Aquí no es un sitio rígido, se rodea al niño de un ambiente hogareño, se le va educando con sistemas especiales y formando hábitos indispensables. Pero esta labor se vería destruida o interrumpida

a cada momento si no se instruye también a la madre, porque sabemos que siempre existe un tiempo vacío y es cuando permanece el niño en el hogar. De tal manera que llena otra función como es la de centro educativo para las madres, dándoles nociones de puericultura elemental, de pequeños trabajos y labores de hogar. De esta manera transformamos a seres inactivos en elementos responsables y obtenemos excelentes colaboradoras; de manera que también son centros maternales.

Si el niño llega a enfermar, se le facilitará a la madre todos los medios para que lo lleve a las consultas de pediatría y al estar sano se le aceptará de nuevo.

Las faltas de asistencia son anotadas cuidadosamente y a fin de semana se pasará un informe en el cual se anotan el nombre del niño, su dirección y el número de faltas que haya tenido. Por intermedio del Servicio Social Institucional se hará su control domiciliario investigando las causas por las cuales no asiste a la institución.

De tal manera que la actuación de la Casa-Cuna Externa se orienta en estos sentidos:

1. Como centro de investigación social.
2. Como centro de educación, tanto de la madre, del hijo y del grupo familiar.
3. Como centros de puericultura (medicina preventiva: control de la salud, profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas, etc.).

Su ubicación y construcción:

- A. Deben ser ubicadas preferentemente en sitios de fácil acceso y entre los barrios obreros más necesitados, cerca de las fábricas (en ésto hay que insistir) etc. .
- B. Deben ser construidas y emplazadas en relación a ciertas condiciones climáticas, con el objeto de obtener una excelente ventilación. (en los lugares fríos se hará un buen sistema de calefacción).
- C. Pueden ser construidas de un piso o de dos pisos.
- D. Reunir todas las condiciones sanitarias y de planeamiento necesarias, recibo, inscripción, administración, salas-cunas, baños, WC, departamentos médico, etc. etc.

Personal:

Una Directora preparada para el efecto (puede ser económica).

Un Médico-Puericultor (que tenga experiencia en dietética infantil).

Una Niñera o cuidadora para cada ocho o diez niños.

Servicios Secundarios: cocinera, lavanderas, etc., etc.

Es muy importante anexar una maestra con experiencia en psicología infantil.

Su Administración:

Esto lo hará el Organismo responsable del cual dependa la institución; se llevará con sumo cuidado todos los ingresos así como también los egresos y su distribución. La Directora será responsable.

Reglamentación:

Es de suma importancia hacer un patrón o reglamento interno de tipo standard para estas instituciones, de manera que sirva de orientación en la vida institucional.

Otros controles:

Es necesario que la casa-cuna pase mensualmente un informe completo que incluya sus gastos, distribución de ellos (balances), ingresos y egresos de niños, causas que motivaron sus egresos, actividades médicas, etc., etc. Esto se hace para poder observar si el rendimiento es favorable o no y así poder subsanar cualquier defecto técnico-administrativo y también a fin de año hacer una exposición de la labor realizada. Facilita también el cálculo global o per-cápita de los gastos y de la asistencia que ha prestado al grupo obreril.

Tiempo de Permanencia:

Es muy variable, puede ser de varios días, de meses o de años (hasta que el niño cumpla su edad reglamentaria).

Acciones que ejercen las Casas-Cunas Externas:

- A. Dentro del Grupo Familiar: favoreciendo a la familia en la resolución de algunos problemas y en el cuidado y crianza de los niños menores de tres años.
- B. A la madre: no corta el vínculo del binomio madre-hijo; aunque se le priva del calor materno durante las horas de trabajo, después pasa mucho tiempo al lado de la madre, recibiendo sus cuidados maternales.
- C. Favorece el desarrollo físico-psíquico del niño, obteniendo el máximo de salud y educación.
- D. Disminución de la morbilidad y mortalidad infantil, debido a los sistemas que se usan:

Regímenes dietéticos adecuados.
Inmunizaciones preventivas.
Exámenes periódicos de los niños.
Control del personal de la institución.
Control de la familia.
Educación de la madre.

De todo ésto es fácil deducir los beneficios que reporta la Casa-Cuna Externa dentro de la Sociedad y por tal motivo, se debe propender a la creación de este tipo de Institución, no solamente dentro del ambiente privado (Sociedades Benéficas), u Oficiales (del Estado), sino también en las Fábricas.

Montevideo (Uruguay), 22.7.52.

ALGUNAS OBSERVACIONES DE LA DIVISION PRIMERA INFANCIA

Por la señora Aída Fernández de Troyo

(Costa Rica)

“El Código del Niño del Uruguay”

Sus bases fundamentales.

El proyecto del Código del Niño fué preparado por una Comisión Redactora que atraída por los problemas de la infancia abandonada, lamentaba la falta de orientación y sobre todo, de coordinación, de los servicios técnicos y administrativos destinados a su protección, observando que esta falta de unidad les restaba eficacia que aún no había sido posible corregir. Se pensó en el primer momento en revisar y organizar la dispersa legislación de protección a la infancia, y se llegó aún más allá de lo que se propusieron en los primeros momentos, pues la Comisión no quiso limitarse a una simple revisión, sino que se dispuso a crear para el Uruguay un código de menores, tomando por base los ya existentes en diferentes países europeos y americanos, pero haciéndolo integral, es decir, colocando en él todas las disposiciones legales referentes a la infancia.

El Código del Niño del Uruguay abarca íntegramente todos los problemas de la infancia; todo lo que se refiere al bienestar del menor desde su formación en el seno de la madre hasta su mayorfa de edad, en que debe encontrarse en situaciones norma-

les físicas y legales para enfrentarse en las mejores condiciones para su desempeño en las luchas de la vida.

Tarea árdua y vastísima de índole médico-jurídica, pedagógica y social, en que se necesita de la acción conjunta del obstetra, del pediatra, del higienista, del abogado, del maestro y del sociólogo.

Del obstetra para asegurar el buen nacimiento del niño y la salud de la madre, que desde ese día y por mucho tiempo, han de constituir un binomio biológico inseparable; del pediatra para triunfar en la lucha intensa que primero el recién nacido, y luego el niño han de sufrir hasta alcanzar la edad de la pubertad; del higienista para rodear al menor en todas las edades de las garantías sanitarias que permitan su desarrollo, su enseñanza y su trabajo; del abogado para la resolución legal y justa de todos los problemas del abandono, para la defensa de los derechos del niño y de su madre, desconocidos a menudo por el egoísmo del ambiente; del maestro para que junto al buen desarrollo físico, obtenga el niño el beneficio incalculable de la educación, instrucción y cultura, y del sociólogo para que difundiendo cada vez más la obra asistencial de la infancia, lleve al convencimiento de todas las clases sociales la importancia de esta tarea y la necesidad de darle cada vez más empuje y cuidadosa atención.

Y así se dió término al finalizar el año 1933, al Código del Niño del Uruguay de vastas y completas proyecciones, y que puede ser modelo aún en los países más adelantados del mundo.

"El Consejo del Niño"

Sus funciones:

Fué criterio general después de formulado el Código del Niño, que los problemas de la infancia por su naturaleza propia, por los medios que deben emplearse, y por la necesidad de personas especializadas no pueden resolverse plenamente sino en un organismo especializado.

Ese organismo es el Consejo del Niño que es el encargado de orientar y dirigir todas las actividades que al niño se refieran.

El Consejo del Niño para su mejor trabajo organizó sus funciones agrupándolas en 8 departamentos técnicos:

- 1º División Prenatal.
- 2º División Primera Infancia (hasta 3 años).
- 3º División Segunda Infancia.
- 4º División Adolescencia y Trabajo.
- 5º División Higiene.

- 6º División Educación.
- 7º División Servicio Social.
- 8º División Jurídica.

"La Casa del Niño"

Pertenece a la División de Primera Infancia. Está instalada en un amplio edificio de cuatro plantas, situado entre las calles Cerro Largo y Sierra.

De acuerdo con el Código del Niño, esta División es la encargada de proteger al niño desde su nacimiento hasta la edad de tres años. Dándole una protección integral, higiénica, sanitaria, social y jurídica al niño y como consecuencia, necesaria a la madre y a la familia.

La acción que realiza la División Primera Infancia es vasta y compleja; por un lado, el niño en su parte individual, vigilancia en su desarrollo psicosomático, basado en una puericultura integral que abarca desde la eugeniosia hasta la puericultura pre y postnatal, y por otro lado, el complejo social familiar con sus fundamentales problemas económicos, de vivienda, sanitarios, educacionales, morales, jurídicos, etc., todos ellos afectando profundamente el bienestar infantil.

La División de Primera Infancia tiene los siguientes servicios:

Casa del Niño, con sus distintas secciones:

- 1º Cuna Interna y Oficinas de Admisión Pública y Secreta.
- 2º Servicios de Prematuros y Centro de Sangre y Plasma.
- 3º Hogar Diurno, Crèche o Guardería (menores de 3 años).
- 4º Lactario para la adquisición y venta de leche materna.
- 5º Cocina Central —de productos lácteos y proveeduría de preparaciones alimenticias para los Consultorios y Gotas de Leche.
- 6º Albergue para madres desamparadas.
- 7º Sección de Difusión Cultural y Orientación.
- 8º Oficina de Nodrizas y Cuidadoras y vendedoras de Leche materna.
- 9º Servicio de Ayuda Social y de Prevención del Abandono.
- 10º Oficina Jurídica.
- 11º Oficina de Custodia.
- 12º Laboratorios.
- 13º Consultorios Gotas de Leche y Dispensarios Infantiles.
- 14º Cantinas Materno-Infantiles.

Todos estos servicios y oficinas funcionan coordinadamente bajo el cuidado de una Oficina de Dirección General, otra de Administración y de Ficheros.

Cuna Interna

Fué instalada a mediados del año 1925 en el Asilo Dámaso Larrañaga, pero luego, al fundarse la Casa del Niño, pasó a formar parte de ella ya más perfeccionada en sus instalaciones y métodos de funcionamiento.

En la actualidad constituye un organismo modelo por su organización y su trascendencia social, es quizás la sección más importante de la División Primera Infancia. La actividad intensa de esa sección constituye un valioso índice para apreciar la situación económica, educativa, moral, social y jurídica del pueblo.

La Cuna debe ser considerada, en general, como un lugar de estadía transitoria. En los casos de premurez o debilidad congénita, como la causa primordial del ingreso radica en el niño, apenas su condición lo permite es reintegrado al hogar, no así en los casos que existen problemas familiares, en que el niño tiene que pasar al servicio externo a cargo de nodrizas o cuidadoras o hacia la colocación familiar.

Ingreso. — Los niños ingresan a la Cuna por dos vías diferentes, por la Oficina de Admisión Pública o por la Oficina de Admisión Secreta, instalada en local aparte y a la cual el público no tiene acceso como a la primera (antiguamente: el torno).

Causas de Admisión en la Cuna:

- I. Por causas propias del niño.
- II. Por causas propias del hogar.
- III. Niños llegados por medio de la Oficina de Admisión Secreta.

Estos niños son generalmente hijos ilegítimos de madres solteras que quieren ocultar su condición a sus familiares y a la sociedad, muchas de ellas menores de edad.

Por este medio se protege la vida del niño y se evitan males mayores, infanticidios, niños abandonados en sitios públicos, atrios de las iglesias, zaguuanes de las casas, etc.

Por causas propias del niño. — Premurez y debilidad congénita.

La mortalidad de los niños menores de 1 año está profundamente afectada por la que se produce durante el primer mes de vida que alcanza a más de una tercera parte y que generalmente es producida por premurez o debilidad congénita.

El Consejo del Niño tomó a su cargo la asistencia y vigilancia de éstos, declarando obligatoria al Cuerpo Médico, parteras y Servicios de Maternidad y Obstétricas de Salud Pública denunciar el caso de nacimiento de todo niño cuyo peso fuera menor de 2.500 gramos, dentro de los primeros tres días de su nacimiento.

Después de la declaración de prematuro, éste es visitado inmediatamente por una visitadora social que ofrece a los familiares todos los recursos necesarios para salvar al niño. Si éste no puede ser atendido en el hogar, se ofrece a los padres el traslado a la sección especial de prematuros de la Casa del Niño, utilizando una incubadora ambulancia que impide que el niño sufra en el trayecto la influencia de la temperatura baja. Si el niño no puede ser llevado, se le facilita a la madre una incubadora eléctrica y persona capacitada le explicará su funcionamiento, dándole además instrucciones sobre la alimentación y cuidados del recién nacido, y el médico y la visitadora social harán vigilancia a domicilio.

La asistencia del niño prematuro en la Cuna, se realiza en celdas especiales para los más pequeños que necesitan sobrecalefacción, incubadoras, camas térmicas, etc., y bajo tratamientos con todas las técnicas modernas para evitarles la muerte.

A corta distancia, en el mismo edificio, se está terminando la construcción de una nueva sección de prematuros con todas las características de un servicio modelo, que nada tendrá que envidiar a los que existen en los países más adelantados.

Hay en el nuevo plan una mejora social de asistencia, permitiendo en ciertos sectores que el niño permanezca con su madre, evitándose muchas veces, de ese modo, el abandono del niño, muchos de ellos ilegítimos.

Al permanecer en la casa, la madre podrá amamantar a su hijo y así aprenderá a cuidarlo y quererlo, y al mismo tiempo, será orientada en sus problemas morales y sociales.

Por causas propias del hogar:

- I. Enfermedades de la madre, especialmente enfermedades crónicas.
- II. Falta de responsabilidad paterna y como consecuencia, insuficiencia de recursos y dificultades para obtener pensión alimenticia.
- III. Por carencia o insuficiencia de recursos (carácter precario).
- IV. Abandono moral y material del hijo, inmoralidad de la madre, alcoholismo, prostitución, etc.

En el primer caso es tomado bajo la protección de la Casa

del Niño y enviado a cargo de nodriza o cuidadora pagada por el Consejo del Niño para atender en su hogar al pequeño, que periódicamente tienen que llevar al médico para su control, aparte de que siempre son seguidas por la visitadora social que vigila e instruye; el niño vuelve al hogar en cuanto la madre mejore y no exista peligro para él.

En los casos de carácter precario, toma intervención la Sección del Servicio Social, la cual procura, siempre que ello sea posible y sea beneficioso para el niño, no se produzca el abandono ni aún con carácter temporario.

Los medios que se aplican van desde la concesión de un subsidio a la madre, igual al que se paga mensualmente a las nodrizas o cuidadoras, con la ventaja de quedar el niño con su madre y en su hogar.

En los casos de falta de responsabilidad paterna, se toman las mismas medidas que en los casos de carácter precario, dándole un subsidio a la madre para la atención del pequeño, y se sigue el trámite judicial para exigir al padre la pensión alimenticia para su familia. Estos servicios desempeñan una gran obra social y evidentemente importante, pero su finalidad no es socialmente constructiva; la ayuda a una familia organizada debe ser transitoria, procurando que dicha familia logre por medios propios su bienestar. El servicio social debe ejercer vigilancia sobre ese hogar para llevarlo a su normalización.

En los casos de abandono moral y material de la madre, estos niños son puestos a cargo de nodrizas o cuidadoras, y si pasado tres años, la madre no los reclama y su conducta es igual, este niño queda a cargo del Estado y se coloca en Custodia. Son también hijos del Estado los niños que llegan por medio de la Oficina de Admisión Secreta, y son puestos en colocación familiar.

La Colocación Familiar consiste en dar a una familia un niño abandonado, huérfano o que sus familiares no se interesen por él, para que la madre lo atienda y cuide, y encuentre en este hogar sustituto el que no tiene.

Hay dos tipos de Colocación Familiar, las de familias remuneradas y las de familias gratuitas. Las primeras reciben una asignación por el servicio que prestan al niño y son las llamadas Cuidadoras, estas madres sustituyen a la propia de que carece el niño. Al segundo grupo corresponde la colocación "familiar gratuita o en Custodia". Es éste un excelente medio de la normalización del niño abandonado o huérfano; son familias que toman a su cargo un niño sin percibir ninguna remuneración, ya sea porque el hogar carece de hijos o por simple simpatía, casi siempre en vía de una adopción legal definitiva.

Esta "colocación familiar" es conveniente y necesaria, da al

niño un hogar sustituto del que el destino lo privó, y si fuese posible, darle la familia que reemplace debidamente la que no tuvo o perdió.

El niño es un ser que no puede vivir por sí sólo, le falta madurez física, mental y social y debe estar amparado al calor y tutela de sus padres o de personas que hagan sus veces.

El inconveniente más serio en colocación familiar, es buscar la familia que le convenga, según las características del menor.

Cuando se trata de cuidadoras a quienes se les paga, la selección y vigilancia deben ser mayores; hay que evitar la pretensión de algunos hogares pobres de obtener el cuidado de estos niños para ayudarse a sus gastos, por lo insuficiente de sus presupuestos mensuales, que quieren aumentar con la asignación destinada para el cuidado del menor.

Hay que estar seguro de que el hogar adonde va el niño sea sano física y moralmente; que no haya en él enfermos contagiosos y sobre todo tuberculosos, que sea un hogar de vida tranquila y que tenga precisamente todas las características de la vida de familia en donde hay siempre afectos, luchas, triunfos y contrastes, que se gozan o sobrellevan en común.

Si el niño es colocado con nodrizas, hay que vigilar que su alimentación sea natural; si su alimentación es artificial, ver que ésta se realice según las indicaciones del pediatra. Si ya es escolar, la familia tiene la obligación de enviarlo a la escuela, y vigilar, a la par de su salud, la parte educacional.

Estos niños son controlados por un cuerpo técnico de Visitadoras Sociales, quienes bajo la dirección médica observarán siempre la situación del niño y las variaciones que pudiesen ocurrir en la familia de la protectora.

Las visitas a los hogares forman la base de todo este trabajo y cuyo objeto principal es establecer con el hogar un contacto amistoso que haga posible el mejoramiento físico, moral y material del niño, la familia y la comunidad en general.

Es así como la Visitadora Social, a través de estas visitas, aprende a conocer las necesidades, costumbres, ideas y actitudes que la harán más comprensiva al mirar a fondo los problemas de cada hogar.

"Hogar Diurno — Crèche o Guardería"

Estos servicios desarrollan una acción preventiva y social, de gran trascendencia en la vida futura del niño, prestando atención a pequeños menores de tres años cuyas madres obreras trabajan fuera de su hogar.

Su principio. — En tiempos pasados el hogar constitúa un

organismo completo, y cada miembro respondía en primer lugar a su función de mantenerlo, cuidarlo y conservarlo. La mujer atendía casi exclusivamente, a sus obligaciones de esposa y de madre; las ciudades eran pequeñas, de modo que la educación del niño se realizaba durante todo el primer período de su vida en el hogar bajo la vigilancia y dirección de sus padres.

El niño, en un hogar bien constituido y con recursos necesarios, en sus primeros años vive gozando de los cuidados y mimos de los padres, pero hoy día, para muchos, todo ha cambiado. El encarecimiento de la vida material exige que la mujer coopere con su trabajo fuera del hogar, para llevar un mayor aporte a él y cubrir con su ayuda parte de las obligaciones del hogar, y en muchos casos y por diferentes causas, es ella la única mantenedora de la familia.

Fué así, cuando la mujer se transformó en obrera, que se pensó en una solución para este problema; así nacieron en Europa las primeras salas para asilar niños, instalando en las fábricas dependencias especiales para albergar a los hijos de sus obreros. Luego se fueron creando sucesivamente, como sus necesidades lo exigían, salas de custodia o "escuelas guardianas" como las llamaban en Italia; en España, la primera institución que se ocupó de cuidar a los niños de las clases pobres, antes de que ingresaran a las escuelas, recibió el nombre de "La Amiga".

La Amiga era aquella mujer que por una pequeña suma, atendía a los niños que la madre dejaba cuando salía para su trabajo, y a los que atendía a medida de su capacidad.

Hoy día aún en mayor proporción las mujeres de las ciudades trabajan en oficinas, comercio, talleres, fábricas, etc. lo mismo que la campesina que sale fuera del hogar a trabajos agrícolas o a menesteres domésticos ajenos, dejando a sus pequeños hijos al cuidado de manos mercenarias o cuando no abandonados en medio de la calle, expuestos a todas clases de peligros e influencias perniciosas de este medio.

Esta situación despertó una verdadera preocupación por el niño y las condiciones en que éste se desarrolla, y ha dado objeto a la fundación de numerosas obras de protección material, moral y espiritual.

En Montevideo existen cuatro Crèches o Guarderías, una en la casa del Niño y las otras pertenecientes a tres Centros Materno Infantiles situados en diferentes puntos de la ciudad; sus actividades son de gran importancia, ya que por su medio se evita, muchas veces, el ingreso del niño a la Cuna y permiten además que las madres obreras no abandonen en las horas de trabajo a su hijos dejándolos a cargo de personas extrañas sin preparación, vecinos, menores, etc. todo ésto con los peligros corres-

pondientes constituyen uno de los factores más importantes de la mortalidad infantil.

Función Médica. La medicina de hoy día está siendo orientada más que al tratamiento del individuo enfermo, a la atención de la colectividad sana. Desde ese punto de vista la Crèche constituye una institución de vanguardia, su acción médica está dirigida a combatir profilácticamente los innumerables factores de morbilidad y mortalidad infantiles.

Se han tomado en cuenta cuatro factores para la salud infantil:

- I. Alimentación correcta.
- II. Cuidados adecuados para el desarrollo de la infancia.
- III. Prevención o atenuación de enfermedades evitables o atenuables.
- IV. Ambiente propio para la salud física y mental.

Cuando el niño cumple los tres años y pasa a la Segunda Infancia, contará con todos los atributos necesarios que pueden tener los hijos de padres pudientes, porque nada habrá fallado para su normal desarrollo físico y moral. Alimentación adecuada. Cuidadosa vigilancia de su salud. Tratamientos profilácticos, vacunas, etc. Afecto solícito en la Cuna y el calor maternal en su hogar.

Pero no termina aquí la función de esta Institución. Su acción llega aún más allá, al propio hogar del niño protegido, buscando todos los recursos necesarios para legitimar su nacimiento, para legalizar la unión de sus padres, para buscar trabajo al jefe de la familia o para ayudar a la madre abandonada a conseguir la protección económica a que la ley le da derecho.

Tales son las funciones complejas de esta Casa Crèche en la Protección a la Infancia. Institución que busca desde la primera edad: Igualdad de Oportunidades como base segura para construir una sociedad de paz, de trabajo, de justicia y de armonía en que no existan "Hijos sin madres ni madres sin hijos"

BREVES APUNTES DE NUESTRA LABOR SOCIAL

Por la señorita Elba Ruiz Soto

(Costa Rica)

En el año 1929, unos cuantos señores, comprensivos y patriotas, acordaron emprender en Costa Rica un movimiento social en favor de las clases necesitadas y sobre todo del niño que vive aban-

donado y obligado a mendigar para sí y para su familia, expuesto a delinquir, ya que la delincuencia nace de la mendicidad. Gracias a la noble iniciativa de estos costarricenses, se abre en nuestra capital y frente al Parque Central, una "Sala" provista de unos cuantos tarros de leche en polvo y sus respectivas bolsas de papel.

Pocas horas después empezaban a asomarse caritas sonrientes y sucias de niñitos, unos temerosos y otros muy confiados y preguntaban:

—¿Regalan?

—Sí, hijitos, entren y tomen esta bolsa.

Luego se les preguntaba:

—¿Les gusta la leche? ¿Tienen hermanitos? Díganles a sus papás que vengan cuando se les termine esta leche para darles más.

Pasada la primera semana de prueba, se pudo bien observar como iba creciendo el número de visitantes de todas las clases sociales, edades y aspectos físicos. Ellos mismos se encargaban de llevar la buena nueva a los barrios bajos de nuestra población y fueron llegando todas estas personas retraídas en sus casas, a solicitar la ayuda.

Y es cuando comienza la verdadera labor nuestra. Viene la investigación y sus clasificaciones (clases necesitada, muy necesitada y medianamente necesitada). Se continúa dándoles la leche, pero mediante un interrogatorio de antemano preparado. Tomando como primera medida la dirección muy detallada de su vivienda, los nombres claros y completos con sus dos apellidos o el que acostumbraban usar, número de hijos y sus respectivas edades, trabajos, salarios de su padre, madre o hermanos mayores con su condición de oficio u ocupación. Tras de ésto se empieza a visitar estos hogares para tomar las diferentes investigaciones, encontrando y palpando la situación económica, moral, física, educativa y cultural. Encontrando por lo general hogares desorganizados por cualquiera de la deficiencia de estos factores.

Niños que sufren las consecuencias de ser moral y físicamente abandonados por sus padres; personas incapacitadas ante la lucha por la vida, seres irresponsables de las obligaciones contraídas ante Dios y los hombres al haber traído estos seres al mundo.

Pero viene el Servicio Social, que día a día se supera y afronta con cariño, respeto y estudio estos casos esquivados por sus propios actores que un tiempo fueron niños también, crecidos en ese ambiente de ignorancia, miseria espiritual y física.

Empezamos a encauzar estos hogares tratando de levantarlos a un nivel de vida moral y corriente en nuestra sociedad.

Acudimos a todas las Instituciones y Organismos en demanda de la ayuda adecuada para cada caso en su Tipo.

Va tomando fuerza esta labor social; tenemos que darle un nombre a esta "Sala"; se le denominó con el de PATRONATO NACIONAL DE LA INFANCIA.

Se presenta un proyecto de Ley ante el Congreso Constitucional de la República, pasando a ser Ley de la República el 15 de agosto de 1930. Siendo esta institución de carácter autónoma regida por una Junta Directiva y representada por un Abogado. Se presentó y aprobó el proyecto de declaración de los derechos del niño costarricense; el Código de la Infancia por Ley del 15 de Octubre de 1932.

Nuestro Laboratorio Social (frase íntima de nuestro fundador) continúa sus funciones, ampliando y clasificando nuestro sistema de trabajo.

Actualmente está dividido en Departamentos, siendo los siguientes:

- 1) Departamento Legal, con sus tres abogados y auxiliares y un Secretario.
- 2) Departamento Depósito en Familia con una Jefe y dos Visitadoras Sociales.
- 3) Departamento Servicio Social con una Jefe y cuatro Visitadoras Sociales.
- 4) Departamento Libertad Vigilada, con una Jefe y dos Visitadoras Sociales.
- 5) Departamento Médico, con un Doctor, una Enfermera Jefe, una Secretaria y dos Visitadoras Sociales.
- 6) Departamento Permiso de Trabajo; una sola persona se encarga de levantar los expedientes; además se tiene un fotógrafo, ayudantes auxiliares y se trabaja en combinación con la Gobernación y Dep. del Trabajo.
El Patronato Nacional de la Infancia trabaja en cooperación con todas las dependencias del Estado, y las pocas Instituciones de carácter privado que cuenta el País.
- 7) Departamento Archivos Generales, con un Jefe, una Secretaría y tres Auxiliares.
- 8) Departamento Auditorías, con una Jefe y una auxiliar.
Esto funciona como Oficina Central en nuestra Capital y se tienen representaciones en todas las Provincias del País.

Acostumbramos a oír a toda persona que se dirige a nuestras oficinas a exponer su deseo personal o representando a otra persona en demanda de cualquier ayuda, siempre que sea relacionado con cualquier problema en lo que va el interés de un menor y su familia, por más simples o difíciles que sean las peticiones de

estos concurrentes. Se estudia la situación si nos concierne o no, apersonándonos o recomendando estos casos a su respectivo lugar. Así es como en nuestra Patria se respeta y quiere a esta institución, por las gentes necesitadas de todas las sociedades.

RECUERDO DEL SEMINARIO

En estas sencillas frases, y con la mayor sinceridad, después de haber asistido con toda regularidad al Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia, hago constar mi admiración y respeto a este conjunto de destacados Señores hijos de Uruguay, que sin desmayar en su continua lucha de estudios, experiencias, observaciones durante años, han logrando la máxima cristalización de sus anhelos en todo aquello que va en pro del bienestar social.

Con la protección a la infancia en forma integral, el niño ha sido tomado, desde la gestación hasta su mayor edad, no dejando pasar inadvertida ninguna de las necesidades a llenar, propias de su vida en sí.

En todos estos ciclos de enseñanza del Seminario de una semana de duración cada uno, se abarcaron diferentes temas; cada uno de ellos ha dejado en mí una enseñanza, experiencia, o por lo menos despertaron una inquietud por tratar de ver, investigar y estudiar la manera de poder aplicar a mi regreso a mi patria, en aquellos puntos sobre los cuales se ha venido luchando, pero que a pesar nuestro siempre presentan lagunas.

Quizás esta inquietud me ayude a despertar asuntos aletargados, no solamente por mis propios medios, sino también mediante la intervención de los dirigentes que saben hacer patria en mi país.

A pesar de mi modesta opinión, no puedo dejar pasar inadvertido en su claro valor el éxito alcanzado sobre muchos países de América, al introducir y aplicar leyes como la investigación de la Paternidad, que hacen visible la cultura del pueblo uruguayo.

PROTECCION A LA INFANCIA EN EL URUGUAY

Por la señorita Manuela Aracelly Carrillo

(El Salvador)

La prosperidad de una patria es producto del esfuerzo, abnegación y sacrificio de sus hijos y un país como el Uruguay cuya proyección de avance integral se marca a pasos de gigante, vive el siglo de la superación.

El mundo entero proyecta su futuro en el enfoque y resolución acertada de los problemas del niño; ya que la protección a la infancia rinde una cosecha de ciudadanos capaces de desenvolverse socialmente en una democracia.

Son miles los problemas de toda índole que afectan la vida del niño y por ello se necesita para su resolución, personas de capacitación especial, dotadas de un espíritu de sacrificio y abnegación resultante de su amor a la humanidad.

El Dr. Domingo Sarli, en una de sus brillantes exposiciones, dijo que "El Uruguay la única riqueza que tiene que explotar en pro de los niños, son sus hombres", y yo pensé de inmediato, tiene la máxima riqueza ya que son muchos los que sucederán a los héroes como Artigas, los brújula como Morquio, los enciclopédicos como Larrañaga y los cima como Rodó; por eso las personalidades actuales como Berro, Bauzá, Escardó y Fournié, forjadores del futuro, saben que todo sueño de progreso se hace realidad en el tenaz espíritu de los uruguayos.

Admiración profunda estalla de nuestros espíritus al estar frente a una organización tipo como "La casa cuna" donde el niño encuentra desde el calor germinal del útero sustituido por una pródiga incubadora, hasta lo más grande del mundo "una madre" conseguida por colocación familiar, adopción o legitimación adoptiva, trabajo que con verdadera devoción realizan las Visitadoras Sociales, buscando en fecha futura borrar del diccionario de los uruguayos la palabra "Huérfano".

Pero no es esto sólo, nuestra emoción se acrecienta al estar en el "Hospital de niños reumáticos" fruto del trabajo de los Dres. Delgado Correa y Dewet Barbato, quienes han seguido al Dr. Morquio en su afán nazarénico, logrando no sólo superar el Hospital, sino crear "El Hogar para el niño reumático", en cuyo ambiente familiar encuentra la medicina psicológica el pequeño enfermo.

Nuestro lente de curiosidad se sacia en los numerosos establecimientos que llenan el sagrado deber de proteger al niño. Una vez en los sutiles "Jardines de Infantes", donde la dulzura de las maestras cuida del pequeño que apenas ayer salió de la cuna y que entre mimos y juegos aprende los más elementales conceptos del mundo en que empieza a vivir.

O bien en "Los de Adolescentes", donde las futuras mujeres aprenden a perfeccionar las labores de su sexo; o en los "Hogares de Perseverancia" en el que la chica que padece problema de conducta, es encauzada por el sabio consejo de una maestra, el científico tratamiento de un psiquiatra y la santa palabra de una monja.

Cada centro es una lección real que nuestra memoria guardará para pregonar su imitación en todos los ámbitos de la Amé-

rica, porque las obras maestras son el camino de la perfección. Ningún niño del Uruguay puede calificarse con el epíteto de "Desamparado", porque para todos hay un cuidado especial.

Los niños a quienes la naturaleza olvidó perfeccionar negándoles el don de la palabra o la percepción del sonido; tienen su "Escuela de Sordo-Mudos", donde guiados por la especialización pedagógica de los maestros y el tratamiento constante de los médicos, vencen la caprichosa naturaleza de que fueron dotados y lanzan al viento la melodiosa palabra o leen en los labios de los demás, lo que sus cerrados oídos no alcanzan a escuchar.

Médicos, enfermeras, maestros, psicólogos, psiquiatras, abogados, visitadoras sociales, padres, etc., aúnan sus esfuerzos para proteger al niño trabajando en cooperación perfecta digna de los mejores elogios.

Los maestros son verdaderos guías consagrados a enseñar a vencer dificultades, para conquistar la reintegración social. Así lo vi en la "Escuela Franklin D. Roosevelt para niños lisiados", donde estimulando el esfuerzo y la fe en sí mismos, logran hacer que el niño venza la inercia de su músculo lisiado; consiguiendo que aquella mano antes torpe para el más natural movimiento, pueda un día escribir a máquina lo que sus dedos se niegan a hacer con la pluma o empuñar segura un instrumento musical para arrancar de él las más sentidas notas de una sonata.

Tuve la suerte de aprender como se creó uno de los métodos de enseñanza especial para esta escuela, pues su propio creador, un maestro de trayectoria brillante en las escuelas del Uruguay, el profesor Emilio Fournié, nos relató con la más profunda emoción que este método había nacido de la necesidad de resolver uno de los más íntimos problemas sociales. "Querer es poder" dice un refrán, yo agregaría "sentir y querer es poder", porque es ese sentimiento humanitario que llevan muy adentro los elegidos, el que los guía al actuar.

Ese "sentir" ha guiado a Doña Eloisa García Etchegoyhen de Lorenzo, Directora de "La Escuela de deficientes mentales", para la creación de su magnífica escuela tal como lo pidiera la iniciativa del Prof. Emilio Verdesio.

Aquí el niño, que en otros lugares por su retardo mental es relegado al último lugar, viene a ser el motivo de estudio más completo, el cuidado más prolíjo, la enseñanza más hábil y el cariño y abnegación más profundos.

El alemán Ilattich dice "Ilustrar cabezas duras o débiles representa el mejor arte; puesto que faltándoles la confianza y el ánimo pierden el interés tan pronto perciben que su maestro se siente impaciente", de ésto está convencida la Sra. de Lorenzo, ya que ha hecho de todo su personal, inagotables fuentes de dul-

zura y paciencia, a cuyo amparo los niños puestos a su cuidado van alcanzando el ideal deseado de reintegrarse a la clase normal respectiva.

Hay en la escuela una organización pedagógica completa, ninguno de los detalles ha sido descuidado, desde el nombre sugestivamente atrayente para el niño, con que se señala el grado intelectual a que pertenece cada grupo; hasta la más práctica lección de Dietética, puesta en el apetitoso decorado del comedor.

Nadie que visite esta escuela dejará de notar la unidad completa con que trabaja el personal; pues mientras el médico, el psicólogo, el foniatra, realizan su elevado cometido, el profesor de música trata de superar el espíritu haciéndolos interpretar sentidas melodías y el laborioso jardinero de cultivarles el sentido de lo bello, haciéndolo sembrar las más polícromas flores.

Con acertada visión la Directora de la escuela ha logrado unir la escuela al hogar mediante el acercamiento de los padres de familia y así ha formado "La asociación de Padres" que en su plan de acción además de ayudar a la escuela en todas sus necesidades se reune regularmente para estudiar junto con los maestros, sus problemas comunes, dictar conferencias entre sí, comentar lecturas o cambiar impresiones con los maestros sobre los problemas particulares de sus hijos. Además tienen formada su orquesta con su respectivo coro, por todo este amplio programa social desarrollado con los padres, la escuela se ha convertido en el centro de la comunidad.

Maestros, médicos y padres han logrado hacer de una escuela que carece de muchas de las comodidades que se necesitan para un centro de esta naturaleza, una verdadera Clínica Pedagógica, dado el resultado hasta hoy alcanzado.

La protección a la infancia en el Uruguay es una realidad vivida, todos los ciudadanos compenetrados de esta necesidad, aportan su cooperación, con la cual el Estado puede costear todas las campañas.

La mayor parte de los problemas del niño son enfocados y resueltos por "El Consejo del Niño", quien además de los centros antes mencionados, tiene para alcanzar dicho fin "El Hogar para hijos de madres tuberculosas", "Las Clínicas Materno-Infantiles", "Los Comedores Infantiles", "Las escuelas de selección", "Las escuelas agrarias y de perfeccionamiento", "Las cantinas maternales", "Las gotas de leche", "El Instituto antidiftérico", "El Código del Niño", legislación en cuya creación pusieron todo su sentido patrio paternal y humanitario los Dres. Berro, Escardó, Prof. Fournié, Infantozzi, Romero y su comprensión de mujer la Dra. Sofía Alvarez Vignoli de Demicheli. Es la base en que se apoya el Consejo del Niño para tramitar todos los requisitos legales que

han de amparar al niño puesto bajo su tutela, realizando desde la investigación de la paternidad hasta la legitimación adoptiva. Además tiene que cooperar con los jueces, colocando en las instituciones respectivas a los niños y jóvenes imputados de delito.

Nadie ignora que la felicidad del niño depende en parte del cuidado de la madre y hasta de la familia; por ello es que la madre recibe con toda la dedicación y el fervor que se merece, toda la protección que necesita. Dedicadas a esta tarea están las "Clínicas Maternas", "Los comedores para madres gestantes o lactantes", "Los Clubs de madres", "Las maternidades", "Los Hospitales para madres tuberculosas" y para resolver su problema económico la ley de asignaciones familiares.

Pero no sólo el Consejo Del Niño, organismo del estado, se preocupa de la resolución de los problemas del niño; el trabaja en mutua cooperación con Salud Pública encargada de la parte asistencial cuya acción se desarrolla en su infinitud de Hospitales y Centros de Salud y el Ministerio de Instrucción Pública que enfoca el aspecto de enseñanza completa desde "Las clases Jardineras" hasta la profesional.

Hay muchas organizaciones particulares como la AUPI, la Sociedad Cristóbal Colón, la Obra Morquio, la Asociación Cristiana de Jóvenes, la Obra Salesiana Don Bosco, la Obra Juventus, la Bonne Garde, que ponen todo su empeño en hacer del Uruguay una patria libre de miseria y de muerte, mediante la protección del niño, la madre y la familia.

Los grandes pedagogos han dicho con acertada razón "Que las lecciones objetivas son las que siempre perduran", y lo que con realidades nos da enseñanza el Uruguay es un cargamento valioso en nuestra maleta de experiencias y al hacer el elogio de la vasta obra que el Uruguay realiza en Protección a la Infancia, rindo un voto de admiración en nombre de mi Pequeña Gran Patria El Salvador.

Montevideo, 25 de julio de 1952.

VISION PANORAMICA DEL SEMINARIO DE TRABAJO SOBRE ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE PROTECCION A LA INFANCIA

Por el profesor Rigoberto Solano Ayala

(El Salvador)

14 de junio. Montevideo, ciudad situada en el extremo inferior y rivera superior del Río de la Plata, abre sus brazos fra-

ternos para recibir a los delegados de diez países del Continente Americano, que llegan ansiosos de conocer y palpar el adelanto, cívico y cultural de la República Oriental del Uruguay.

Este país de clima templado y playas incomparables, brinda a los visitantes la benevolencia de su amistad y la experiencia de sus instituciones magnificamente organizadas.

15 de junio. El Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, al conmemorar su vigésimo quinto aniversario, inaugura en sesión solemne el Seminario de Trabajo con una clase sobre "Protección Integral del Niño" y que corre a cargo del distinguido Pediatra Dr. Roberto Berro, Director General del Instituto. A esta clase inaugural concurren los delegados y altas personalidades vinculadas todas en alguna forma con la protección infantil.

Extensión del Seminario

El seminario se lleva a cabo en siete ciclos consecutivos que abarcan tres aspectos fundamentales: protección jurídico-social, protección sanitaria y protección educativa. Estas tres ramas convergen a un punto preciso: El niño. Es a él hacia donde se extiende toda la labor y es de él donde parten todas las enseñanzas.

Los ciclos, de seis días cada uno, llevaron los siguientes títulos:

- 1º Protección médica de la infancia.
- 2º Protección social de la infancia.
- 3º El niño y la escuela.
- 4º Legislación de la infancia.
- 5º El trabajo de los menores.
- 6º Organismos de protección y asistencia.
- 7º El niño rural.

Distribución del trabajo

El trabajo fué distribuido y abordado metódicamente por medio de clases teóricas, clases prácticas, visitas y mesas redondas. Las primeras fueron ordenadas exposiciones que explicaron el funcionamiento de los diversos servicios, manera de enfocar los problemas y alcances obtenidos. Las segundas, aplicación de las primeras, tuvieron como objeto primordial hacernos observar concretamente la marcha de los servicios aludidos.

Las visitas pusieronnos en contacto con instituciones en las cuales pudimos notar el valor de las personas compenetradas de una misión. Es de advertir que las visitas realizadas a la Escuela Auxiliar para niños deficientes mentales, al Hospital del Niño

reumático, a la Escuela de sordomudos y a la Escuela para niños Ilisiados "Franklin D. Roosevelt", nos dejaron vivamente impresionados; sus dirigentes y colaboradores son algo más que eso, son héroes de su trabajo. Los asistentes a este primer seminario así lo reconocemos y sea nuestro sencillo reconocimiento un estímulo más a sus bien ganados laureles.

Finalmente, las mesas redondas diéronnos oportunidad de poner en claro cualquier duda y al mismo tiempo de obtener conclusiones.

Las oficinas del Instituto

En el número 1648 de Avenida 18 de Julio, arteria central de Montevideo, se encuentran ubicadas las oficinas del Instituto. Ascendiendo hasta el tercer piso, se oye un continuo ruido de máquinas, un ir y venir de empleados que afanosamente trabajan para correlacionar las innumerables tareas propias de la organización. Existe en ese local una biblioteca que contiene unos 27.000 volúmenes que agotan los temas relativos al niño. Es a juicio de los entendidos, la mejor dentro de su género. Esa biblioteca es obra del Prof. Emilio Fournié, quien ha elaborado un fichero modelo y logrado a fuerza de constancia e inteligencia, dar a ese centro de estudio la jerarquía que hoy ostenta. La secretaría del Seminario corre a cargo de la Sra. Alicia Escia Escardó de Illanes, a quien debemos en buena parte el éxito, por su alto espíritu de orden y trabajo.

En el local de la mencionada biblioteca se desarrollaron las clases teóricas que anteriormente señalamos.

Personajes

Flota en el ambiente el espíritu visionario del Maestro y Dr. Luis Morquio, quien propuso en el Segundo Congreso del Niño, celebrado en Montevideo en el año 1919, la creación del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.

La obra del Dr. Morquio, llamado con justicia "Patriarca de la Pediatría Sudamericana", alcanza proyecciones mundiales. Este hombre luminoso fué más allá del simple estudio del niño en sí, y al proponer el amparo del binomio "Madre e hijo" tendió sus alcances a la medicina social.

El Dr. Morquio falleció en 1935, a los sesenta y ocho años de edad, sustentando las bases de un porvenir mejor para la niñez y trazando por lo mismo el pedestal de su gloria que cada día se agiganta.

Continuadores

El ideal de Morquio continúa en pie. Uno de sus más insig-
nes continuadores es el Dr. Roberto Berro. Débese a él la refor-
ma que culminó con la promulgación del "Código del Niño" en el
Uruguay, obra que sin lugar a dudas ha jugado un importantísi-
mo papel dentro de la legislación americana del niño.

Actual Consejero Nacional, el Dr. Berro procura desde su alta
posición, seguir adelante con la obra de la infancia. Sustituyó al
Dr. Morquio, por fallecimiento de éste, en la Dirección General
del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infan-
cia, cargo que hasta el momento desempeña con singular acierto.

Brazo derecho en la cruzada que hemos venido reseñando, es
el Dr. Víctor Escardó y Anaya. Co-autor del Código del Niño, ha
representado a su país en diversos congresos. Trabajador incan-
sable, el Dr. Escardó es autor de numerosos escritos pediátricos
y sociales. Su actividad, lo mismo que su preparación científica,
hacen que la Secretaría General del Instituto, confiada a él, des-
empeñe una labor altamente efectiva. En esta ocasión se le desig-
nó Director Ejecutivo del Primer Seminario de Trabajo.

No podríamos de ninguna manera olvidar al Profesor Emilio Fournié, el hombre escrupuloso y eficiente en sus tareas. Re-
firiéndose a él, dice el Dr. Berro "Toda su vida evidencia una bien
clara y mejor sentida vocación por el niño".

El profesor Fournié es un excepcional colaborador del Insti-
tuto, por el cual ha trabajado tesoneramente desde su fundación.

Los tres personajes citados convivieron con nosotros todas
las inquietudes del Seminario. Su afán noble y sincero está más
que demostrado y valga para ellos un aplauso, ya que la causa
del niño recogió hace mucho tiempo sus nombres para colocar-
los al lado de los verdaderos panamericanistas.

Viajes al interior de la República

Más o menos ochocientos kilómetros de recorrido fueron ne-
cessarios para llegar a conocer el trabajo callado y amplio que se
desenvuelve en el interior de la República. En Juan Lacaze, Mer-
cedes, Fray Bentos, Estación González y Estación La Sierra, pudo
la alegre caravana tomar acopio de datos con objeto de proyec-
tar futuros planes de trabajo y llevar a cabo una labor compa-
rativa.

Los Catedráticos

En un bien coordinado plan de acción se llevó a la práctica
la tarea de difundir entre los delegados las experiencias que jus-

tamente enorgullencon a esta democrática República del Sur. Alrededor de setenta maestros de distinguida reputación dentro de las diversas actividades encaminadas al bienestar de la niñez, desfilaron por la cátedra explicando, discutiendo y aceptando ampliamente algunas proposiciones acertadas de los estudiantes.

Becarios

Como ya fué dicho, asisten delegados de diez países americanos. Siete becados por O.E.A. y seis por N.U. Becados por la O.E.A.: Dr. Carlos H. Paez, de Ecuador; Dr. Alfredo Corzano Arciniega, de Perú; Dr. Rogelio Decanio, de Venezuela; Dra. Elena Moure, de Cuba; Sra. Hersilia Camacho de Cadena, de Colombia; Sra. Inés Pedrasa de Leiva, de Chile; Dr. Antonio Pannocchia, de Rep. Dominicana. Becados por las Naciones Unidas: Sra. Jilma Grimaldo de Prada y Sra. Delia de León de Castillo, de Panamá; Srita. Elba Ruiz Soto y Sra. Aída I. de Troyo, de Costa Rica; Srita. Profa. Manuela Aracelly Carrillo y Prof. Rigoberto Solano Ayala, de El Salvador

Clausura

Viernes 1 de agosto. Terminan los siete ciclos programados. En la mesa redonda de clausura, que dirige el Dr. Víctor Escardó y Anaya, se trata la correlación entre la Asistencia y la Protección; entre los organismos públicos y privados y los organismos interamericanos e internacionales.

Acto continuo se reciben los trabajos realizados por los Sres. Becarios. Luego el Sr. Director General pone en manos de cada uno de aquellos un diploma recordatorio, quienes a su vez entregan un pergaminio simbólico para la institución.

Después de esta emocionante ceremonia, los integrantes del Seminario se dirigen al Club de Golf en donde son agasajados con un almuerzo de despedida que sirve de punto final a tan interesante torneo de trabajo.

Palabras finales

Llegó a su término el primer seminario de trabajo. Fué un acierto por parte de la Organización de los Estados Americanos, designar al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia para la realización de tan trascendental certamen.

Nosotros, al agradecer a nuestros respectivos gobiernos la oportunidad de ponernos en contacto con tan ilustres personas, agradecemos también a la O.E.A., a la O.N.U. y al I.I.A.P.I. el interés que han manifestado por los niños de América, recal-

cando que haremos lo humanamente posible por llevar a la práctica la noble tarea de convencer a los incrédulos de que la grandeza, la salvación y el porvenir del mundo residen en el niño.

COMENTARIOS SOBRE ALGUNOS TEMAS DESARROLLADOS EN EL SEMINARIO VERIFICADO EN EL INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA

Por las señoras Delia de León Castillo y Jilma Grimaldo
de Prada

(Panamá)

Gracias a gentil concesión de becas de las Naciones Unidas hemos tenido la oportunidad de asistir como delegadas de nuestro país al Seminario que se efectúa en esta culta ciudad de Montevideo, considerada por nosotros como la "pionera" en las inquietudes orientadas hacia la protección a la infancia en América.

Nuestro propósito al aceptar la designación que se nos hizo fué el de observar y captar el desenvolvimiento de todos los servicios que hay en este país para lograr la protección de la niñez y así poder portar a nuestra patria las experiencias obtenidas en este campo, bien sea para mejorar servicios que ya existen allá o para contribuir con nuestro aporte a la formación de aquellos otros que aun cuando urgentes no se han establecido todavía.

En este comentario trataremos de exponer algunas de nuestras impresiones e ideas que han surgido a través del desarrollo de las actividades del seminario.

Consideramos como medida acertada la organización de los servicios sociales establecidos para lograr el bienestar de la minoridad. La entidad denominada "Consejo del Niño", creada por mandato expreso del Código del Niño, es la culminación de una larga y fecunda etapa de esfuerzos aunados de personas conscientes de sus responsabilidades con respecto al niño uruguayo, cuyos derechos eran regidos por las leyes del Código Civil.

En cumplimiento de su función contralora y dirigente el Consejo del Niño tiene los cometidos siguientes:

- a) Fundar con sus propios recursos o gestionar de instituciones públicas o privadas, la creación de instituciones, obras y servicios que llenen las necesidades de que habla el artículo 7º.

- b) Uniformar los procedimientos determinando la orientación general y fijando las directrices a que deben ajustarse las obras de protección a la madre y al niño.
- c) Subvencionar a instituciones privadas de protección al niño en los casos que sean de interés público.
- d) Realizar la educación popular en cuanto se refiere a la higiene del niño, a la formación de buenos hábitos, a la educación familiar, a su vida social y moral, etc., por medio de conferencias, exposiciones, revistas, folletos, volantes, carteles, etc.
- e) Gestionar la sanción o reforma de leyes y decretos que se refieran al niño.
- f) Gestionar de las autoridades competentes la observación, suspensión o clausura de aquellas instituciones, obras o servicios contrarios a la vida o al bienestar del niño.
- g) Llevar la ficha individual de todo niño que tenga relación con él por cualquier motivo, continuándola en cuanto sea posible hasta la mayoría de edad.
- h) Organizar en forma permanente la lucha contra el analfabetismo y los males sociales.
- i) Realizar encuestas o investigaciones sobre cualquier cuestión que se refiera al niño, pudiendo requerir con tal objeto la cooperación de las instituciones públicas.
- j) Hacer un detenido estudio estadístico de todos los datos relacionados con la vida intelectual, moral y física de nuestros niños, a fin de llegar a conclusiones concretas que permitan orientar la acción futura del Consejo y que tiendan de un modo más especial a la disminución de la mortalidad infantil.
- k) Intervenir en todo pedido de personería jurídica de instituciones de protección al niño, para aconsejar lo que estime más conveniente.
- l) Gestionar de las Intendencias Municipales la habilitación de espacios especiales en las plazas y parques públicos destinados al juego de los niños.
- m) Estudiar la implantación de un "seguro social de familia" para los casos en que los padres se imposibiliten para el trabajo y que permita la buena asistencia de los hijos.
- n) Dirigir el Boletín Oficial del Consejo del Niño.

Llama nuestra atención el hecho de que en Uruguay se lleve a la práctica, con aparente éxito, el sistema de los hogares sustitutos que, como bien ha manifestado el doctor Robero Berro, es más conveniente por la necesidad de dar un hogar al niño abandonado, es decir, no criarlo en el ambiente frío de una institución por más bien orientada y establecida que esté.

Sin embargo consideramos los peligros que tiene este siste-

ma, entre ellos, la posible explotación del niño, bien sea que los guardadores le exijan a éste trabajo dentro o fuera del hogar, o que aprovechen la pensión que el Estado da al niño en beneficio del resto de la familia sacrificándolo así en la satisfacción adecuada de sus necesidades. Creemos que la colocación familiar será realmente conveniente si el gobierno mediante las trabajadoras sociales mantiene una vigilancia en los hogares sustitutos con el fin de garantizar el cumplimiento del fin perseguido que es el bienestar del niño.

Después de la familia, es la escuela la principal institución donde se forman y desarrollan los futuros ciudadanos de la patria.

Esta misión de la escuela, de por sí difícil y compleja, envuelve cierta acción que debe realizarse de modo que contemple las diferentes etapas de la vida del ser humano, pues los individuos necesitan orientación adecuada para cumplir no sólo con ellos mismos sino también con la colectividad.

Es la escuela la fuente principal donde se reúnen la autoridad y los requisitos necesarios para que ella pueda influir con ciencia y sentimiento en el individuo y en la familia. (1)

La educación ha evolucionado desde el individualismo hacia la socialización pues interesa que el individuo sea educado para la sociedad antes que para sí mismo.

Ninguna otra institución necesita tanto el tratamiento sociológico como la escuela, pues ésta fué creada por la sociedad para dar al individuo la preparación necesaria que le permita ocupar dignamente su puesto de agente impulsor de bienestar y progreso dentro de ella.

Por recibir al niño desde su temprana edad la escuela influye mucho en su desarrollo y dirige sus actividades en la vida. Aparte de sus tareas de inculcar a los niños cultura, enseñarles a pensar clara e independientemente, dotarlos de los conocimientos y destreza necesarios para lograr una vida fructífera en éxitos, juega un papel bastante significativo pues ayuda a que el niño aprenda a desenvolverse con los demás seres y a que acepte las obligaciones que nacen de la convivencia con el grupo social.

La posición de la escuela es relativa, pues ella mantiene el nexo entre grupos sociales de común origen étnico e histórico a condición de no destruir el equilibrio social. Así, pues, realiza una obra de integración social de positivo valor cuando cumple la finalidad de sumarse a los intereses permanentes de un país, cuando enaltece sus valores espirituales, contribuye a su bienestar ma-

(1) Giordano Luis, Acción Social de la Escuela, Buenos Aires, Editorial Kapeluz y Cía., 1939, Pág. 16.

terial y propaga sus tradiciones, costumbres sociales y su cultura. (2)

Por su propia naturaleza, la escuela no puede quedar quieta e indiferente ante el adelanto de las ciencias auxiliares de la educación, porque si éstas no se utilizan, no se puede hablar de educar, que en el más amplio sentido del vocablo significa no sólo instruir, impartir conocimientos, sino también construir la personalidad del niño. Esto último implica no sólo conocer sus necesidades familiares, sociales, emocionales, sino en fin, todas aquellas que en una u otra forma afectan la condición del niño.

Sin averiguar las circunstancias bajo las cuales se ha desarrollado y desarrolla la vida del niño, sus antecedentes hereditarios, su estado físico y psíquico y la situación que existe en el hogar la labor de la escuela está incompleta.

La escuela debe llevar siempre adelante su elevada y trascendental misión de formar al hombre total e integralmente y jamás debe olvidar que las fuerzas biológicas y sociales son determinantes del proceso educativo. Su oficio de enseñar no debe susstraerla de su importantísima misión de educar; y, para que ésto sea posible, ella debe siempre amoldarse al medio social donde se imparte la enseñanza y no debe olvidar al individuo a quien ésta va dirigida.

Una acción educativa armónica únicamente se realizará conociendo integralmente al niño. "No se puede educar a los niños, más que con la condición de conocerlos" (3). Tal conocimiento debe ser una de las primeras preocupaciones, pues la escuela tiene la responsabilidad de preparar intelectualmente al niño, contribuir a su desarrollo físico, emocional y social.

Las tendencias pedagógicas modernas concuerdan al manifestar que los encargados de la educación deben tener como lema el conocimiento de la personalidad del niño. Sólo mediante el conocimiento del niño, en su aspecto integral, podrá la escuela cumplir su misión social que será base de su éxito y sólo así será posible respetar características peculiares, bien sean de orden físico, moral o intelectual.

Las nociones que imparte el maestro en el aula no son asimiladas de igual manera por un niño mal nutrido, que tiene en su mente el cuadro de un hogar incompleto o que confronta otro tipo de problema. Los fracasos, las manifestaciones antisociales de los niños, la marcada antipatía que muchos sienten hacia la escuela, las enfermedades frecuentes y la falta de interés, son sí-

(2) Encinas José A., *La Educación de Nuestros Hijos*, Santiago de Chile, Ediciones Ercilla, 1938.

(3) Giordano, Luis, *Acción Social de la Escuela*, Buenos Aires.

tomas graves que requieren un estudio y un tratamiento concienzudo si se desea conservar el bienestar del niño. Desafortunadamente no todos los maestros se detienen a meditar cuando varios de sus alumnos presentan tales dificultades y menos aún las comprenden y buscan la manera de remediarlas.

Desde algún tiempo las escuelas más progresivas han tomado en consideración estos aspectos sociales para descubrir las causas fundamentales de las dificultades del escolar; han realizado investigaciones en las cuales han utilizado personas preparadas profesionalmente en el estudio social.

De gran importancia y necesidad en la escuela son los psicólogos, psiquiatras, médicos, y trabajadores sociales, pues se trata de que los alumnos, y también los maestros, estén en condiciones y tengan un ambiente que contribuya a mejorar la actividad del niño. Se procura hacer labor preventiva tanto en lo físico como en lo mental.

Hay ya gran preocupación por prestar atención especial a todos los excepcionales o deficientes, como son los ortopédicos, los ciegos, sordos, parcialmente ciegos, duros de oído, deficientes del habla, epilépticos, etc.

Pero no sólo los trastornos de la salud predisponen a las deficiencias y a los fracasos. También los problemas familiares, los económicos de la familia, la mala condición de la vivienda, la poca e inadecuada recreación, la desnutrición, los conflictos emocionales o psíquicos y la mala condición de los edificios escolares contribuyen, en grado sumo, a la creación de problemas de fracasos en las escuelas y a los problemas generales de conducta del menor estudiante.

Es inherente y fundamental el derecho que tiene todo niño a la comprensión adecuada, al respeto y a la integridad de su personalidad, a que se confeccionen y practiquen procedimientos adecuados de instrucción para hacer frente a sus necesidades y a las del ambiente de la escuela que favorezca su salud mental y física para su eficiencia social.

Actualmente la escuela, en su campo de acción social, debe asumir un aumento creciente de la responsabilidad que tiene en el bienestar social del niño. Su objetivo primordial no debe atender solamente al proceso instructivo, sino también a las necesidades del desarrollo personal de cada niño, a su desenvolvimiento para hacer de él una persona socialmente apta, eficiente, competente, libre de conflictos emocionales, de temores y prejuicios, de complejos de inferioridad y libres de desadaptaciones intelectuales, emocionales, y sociales, pues ésto es, tal vez, lo más importante para formar una ciudadanía capaz y cooperadora.

Los conceptos expresados en relación con la vida escolar del

niño nos demuestran claramente la necesidad de la creación y sostenimiento del trabajo social escolar que aquí, al igual que en nuestro país, no está desarrollado plenamente.

Se hace muy visible la falta de elemento técnico en el trabajo social en general, problema aún más agudo en nuestra patria debido, en parte, al desconocimiento que existe en nuestro medio de lo que éste significa para el desarrollo y bienestar del ser humano y, también, a que nuestra Escuela de Servicio Social tiene apenas cinco años de fundada, lo que demuestra el inicio de una conciencia nueva, inquieta y responsable.

Los Seminarios Nacionales en Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Perú, República Dominicana y Venezuela

En el Nº 102 de nuestro Boletín, correspondiente a setiembre de 1952 dimos cuenta detallada del Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia, realizado dentro del Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos por intermedio de su Consejo Interamericano Económico y Social y dirigido por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Y detallábamos allí el programa que iba a desarrollarse, como segunda parte del plan, consistente en Seminarios Nacionales en siete países de América. Para ello, el INSTITUTO envió tres equipos técnicos que recorrieron tres países cada uno, (excepto Chile) permaneciendo tres semanas en cada país.

Aun cuando la crónica detallada será oportunamente publicada, damos aquí sumariamente cuenta de esos siete Seminarios y de las conclusiones y recomendaciones a que se llegó en cada uno de ellos.

COLOMBIA

El Seminario fué presidido por el Delegado Técnico Dr. Héctor Pedraza, con la colaboración de la becada, Sra. Hersilia Camacho de Cadena, cooperando el equipo técnico del INSTITUTO constituido por el Dr. José Saralegui y las Srtas. Ana Aguerrondo y Ana María Díaz. La primera parte fué dedicada a la Protección Social de la Infancia (Servicio Social, Abandono Infantil, Delincuencia Infantil). La segunda parte se ocupó de la Protección Médico-Social (Protección a la Maternidad, Higiene Materno-Infantil, Formación del personal, Educación en las instituciones, Higiene Mental).

De todo lo actuado se llegó a las siguientes

Conclusiones

1. Todas las instituciones y programas de Protección Infantil, que actúan en una colectividad deben ser dirigidos al Niño sin discriminación de raza, credo, color o nacionalidad.
2. Todo Niño tiene derecho a gozar de bienestar físico, mental y social.

3. Recomendar al Gobierno la integración del Consejo Nacional de Protección Infantil, institución que debe tener un carácter fundamental técnico y autónomo, encargado de organizar y dirigir la acción protectora del Estado, supervisar y coordinar las entidades privadas que se dedican a la infancia. Ese Organismo propiciará la solución de todos los problemas de la protección infantil, buscando para ello la amplia colaboración de todas las otras entidades técnicas que sea menester.

4. Recomendar que este organismo disponga de los recursos económicos necesarios y permanentes para que pueda estimular y desarrollar las actividades y obras de protección a la maternidad e infancia en todo el País.

5. Recomendar al Gobierno, y a las Instituciones Privadas aumentar el número de Visitadoras Sociales (Asistentes Sociales) para el mejor cumplimiento de sus funciones. Tratará de que las mismas tengan una remuneración adecuada y seguridad en sus cargos.

6. Recomendar al Gobierno la intensificación de los servicios asistenciales a la maternidad y a la infancia, llevándoseles de modo especial a los centros de menor población y a las Zonas rurales.

7. Recomendar que conjuntamente con el programa asistencial infantil se desarrolle en el país un amplio programa preventivo. Serán elementos fundamentales del mismo, un programa educativo sanitario para toda la población y un plan de alimentación para los niños privados de recursos.

8. Recomendar un estudio jurídico de la legislación vigente, respecto al niño, para asegurarle la mejor protección legal y a la familia.

9. Recomendar que se den facilidades para aplicar todos los procedimientos que tiendan a conservar al niño en el hogar (co-locación familiar, adopción, subsidios familiares, etc.).

10. Recomendar la más amplia protección al niño prematuro y obtener la denuncia de los casos en forma obligatoria.

11. Recomendar que se intensifique la protección del niño preescolar.

12. Intensificar la creación de escuelas en todo el País, especialmente en las zonas rurales y efectuar al través de ellas con el concurso de los maestros una amplia labor educativa y sanitaria.

13. Recomendar que se intensifique la enseñanza de la puericultura en las escuelas primarias y de enseñanza secundaria, urbanas y rurales, así como también en las normales.

14. Recomendar que se intensifique la enseñanza de la Fe-

driátria y puericultura dentro de la Facultad de Medicina, orientando en la línea moderna de la Pediatría Social y realizando cursos especiales para la formación de Médicos Puericultores.

15. Recomendar se estimule el estudio de la bioestadística, especialmente en cuanto se relaciona al niño.

16. Recomendar se intensifique la higiene mental infantil y la lucha contra el alcoholismo.

17. Recomendar la construcción de viviendas económicas e higiénicas para los obreros y el pueblo.

18. Estimular por todos los medios la preparación educativa de los padres en cuanto se refiere a la adecuada atención de los niños.

19. Recomendar una activa colaboración entre todas las instituciones públicas y privadas para la consecución de estos fines.

20. Establecer que se necesita la participación de todos los ciudadanos para la realización de este programa.

21. Recomendar al gobierno que la campaña de protección al niño afectado por el problema de la lepra, se incorpore a la entidad respectiva, que en el País se ocupa del bienestar de la infancia.

22. RECOMENDACIONES ADICIONALES.

- a) Que en adelante para las publicaciones referentes a la infancia se use la palabra Niño, con mayúscula en su letra inicial.
- b) Que se cambien denominaciones tales como juzgados de menores, delincuencia infantil, asilos, etc., por audiencia tutelar de menores, niños de conducta irregular, etc.
- c) Creación de becas de estudio y perfeccionamiento en los países americanos para los diferentes profesionales que trabajan en protección materno-infantil.

CUBA

En este país el Seminario fué presidido por el Delegado Técnico Dr. Félix Hurtado con la colaboración de la becada Dra. Elena Moure de Casado, cooperando el equipo técnico del Instituto constituido por el Dr. Víctor Escardó y Anaya, Dr. José P. Achard y la Srta. Adela Freire Muñoz. Una primera parte del Seminario fué dedicada a problemas médico sociales y la otra a los relacionados con el Servicio Social. Durante la mañana eran visitados diversos establecimientos e instituciones relacionados con la protección a la infancia y de tarde, en el Lyceum se realizaron Mesas Redondas de cambio de ideas en relación con esas visitas. De todo ésto se llegó a las siguientes:

Conclusiones

Sobre Maternidades.

1. Se contempla la necesidad de una acción médico-social en cuanto a la higiene materno-infantil inspirada en el concepto integral de la madre y del niño dentro de la familia.
2. Se insiste en la necesidad de promulgar una legislación de protección pre-concepcional.
3. Se recomienda aumentar los servicios materno-infantiles en el medio rural.
4. Necesidad de incluir en los seguros de maternidad a la trabajadora doméstica.
5. Recomendar que la legislación que se promulgue determine la obligatoriedad de que toda persona que asista un parto denuncie el nacimiento del niño para su debida inscripción.
6. Intensificar la cooperación entre el obstetra y el puericultor.
7. Incluir en la legislación disposiciones que protejan al prematuro.
8. Recomendar la revisión del certificado de defunción en cuanto al recién nacido, incluyendo la práctica de la autopsia clínica como medida de información médica y de defensa del niño.
9. Exigir el cumplimiento de la legislación vigente sobre certificado de salud de las trabajadoras domésticas y cualquiera otra persona de posible contacto con el niño.
10. Intensificar el mantenimiento de cursos especiales para enfermeras en aquellas materias propias de la asistencia materno-infantil, así como también estimular la creación de expertas en esta disciplina en el seno de las trabajadoras sociales.

Sobre Dispensarios materno-infantiles.

1. Se recomienda intensificar la creación de dispensarios materno-infantiles, con gota de leche anexa en los distintos barrios de las ciudades populosas: capital de la República y ciudades más importantes, así como en los distintos pueblos del interior de la República, recomendando asimismo que estos centros se coordinen con las unidades hospitalarias más próximas.
2. Que los dispensarios existentes y los que se crearen en el futuro tengan una orientación preferentemente de puericultura, de profilaxis en general, sin abandonar desde luego, los aspectos que se refieren a ese tratamiento.
3. Organizar en todo centro dispensarial el departamento de servicio social, como factor imprescindible al logro pleno de sus funciones.

4. Propiciar un regimen que facilite la más estrecha colaboración entre los departamentos técnicos y asistenciales y muy particularmente lo relativo a la reglamentación por la que deben regirse los patronatos, comités de damas, etc.

5. Cooperar a la realización del programa de la organización nacional de dispensarios infantiles cuyo establecimiento ha de representar un gran aporte en la línea de unidades de asistencia social.

Sobre lucha antituberculosa.

1. Que los ingresos y altas, tanto en los Sanatorios como en los Preventorios, sean en última instancia función de una oficina técnica integrada por representaciones médicas, administrativas y de servicio social, tanto de los Sanatorios y Preventorios como los Dispensarios, Instituto del B.C.G. y Visitadoras Sociales; Oficina que se regirá por normas técnicas contenidas en un reglamento especial.

2. Que la más alta institución de lucha antituberculosa ante el país se rija por una base legal y otorgándole responsabilidad técnica y administrativa y hallándose coordinada y jerárquicamente subordinada al Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, disfrute no obstante de la suficiente autonomía para poder regir y administrar la lucha antituberculosa del país, normando, estipulando y coordinando los esfuerzos y colaboraciones de la ciudadanía para una obra cuyo conjunto alcance a cubrir todas las necesidades.

3. Continuar el programa ahora iniciado, de aumento del número de camas, hasta llegar a la cifra mínima de seis mil. Solicitar la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana a objeto de que facilite los esfuerzos encaminados a producir una vacunación de la población infantil hasta el término de la edad escolar. Cuidar que el Instituto Nacional del B.C.G. disponga de las facilidades de orden legal y administrativo que sean necesarias para poder operar la vacunación de no menos de 250.000 niños todos los años.

Sobre Higiene Escolar.

1. Necesidad de cursos de superación del personal de Higiene Escolar, haciendo de ellos verdaderos expertos para ofrecer su ingreso en el Departamento en méritos de capacidad estableciendo de inmediato los escalafones para ascenso que garanticen al propio tiempo la inamovilidad de estos funcionarios.

2. Amplia divulgación sobre los conceptos de higiene haciendo participar al niño en los trabajos de divulgación, siendo re-

comendada la publicación regular de una revista para la que se recomienda el título "Edad de Oro".

3. Solicitar de las autoridades la declaratoria de obligatoriedad de fluorización de las aguas de consumo.

4. Despistaje de la morbilidad infantil de los escolares, empleando el método de sorveys, haciendo particular énfasis en cardiopatías, tuberculosis, sífilis, parasitismo y síndromes mentales.

5. Brindar al Departamento de Higiene Escolar la más amplia cooperación y reclamar para él la suficiente autonomía técnica y administrativa, así como reclamar la inclusión de la Clínica de Retrasados Mentales dentro del sector de Higiene Escolar.

Sobre la Escuela Técnica Industrial de Mujeres y el Instituto Cívico Militar de Ceiba del Agua.

1. Que las solicitudes de ingresos al Instituto Cívico Militar deben confiarse a una Comisión de Personas técnicamente preparadas para realizar con éxito las investigaciones necesarias, como son las trabajadoras sociales.

2. Desde el punto de vista profesional, ambos centros llenan a plenitud sus funciones por lo acertado de su dirección, la buena organización de sus talleres, así como la orientación de la enseñanza, por lo que se estima que estos recursos deben ser utilizados por menores capaces por sus condiciones físicas y mentales de convertirse en verdaderos técnicos.

3. Que dada la importancia, que de acuerdo con la psicología evolutiva tiene para el niño el afecto familiar, debe dársele a estas instituciones el mayor aspecto familiar posible.

4. Que para evitar los graves problemas que los egresados puedan contemplar por no adaptación al hogar después de una larga residencia institucional, se ponga en práctica un régimen de asistencia familiar a través del servicio social tendiente a impedir el desajuste de los egresados.

5. Que al organizar la enseñanza profesional se tengan en cuenta las demandas reales de trabajo de la región, a fin de que se le ofrezca al alumno un verdadero instrumento de trabajo que pueda utilizar en forma conveniente a producirle un salario adecuado a sus necesidades.

6. Considerando las realidades de nuestra política sindical presente, es necesario luchar por el establecimiento de leyes que garanticen a los graduados de estas escuelas igual oportunidad de utilizar sus conocimientos y preparación técnica.

7. Hacer hincapié en un riguroso régimen de selección para

el ingreso en esta institución en el que se cumplan sus objetivos plenamente, tanto en el orden técnico como en el asistencial.

8. Que se realicen las adaptaciones que fueren necesarias para acercar en lo posible la vida institucional al régimen de familia que debe imperar.

9. Que la asistencia social no se limite exclusivamente al menor, sino a sus relaciones familiares, amparando la familia en todo cuanto sea posible en el intento de lograr el más alto nivel económico de la misma.

Sobre Colonias Infantiles.

1. Que deben utilizarse los medios necesarios para conseguir la coordinación o unificación de los servicios asistenciales al niño en Cuba, como un paso decisivo para lograr una protección más efectiva e integral.

2. Que no se separe al niño de su hogar por causa de miseria solamente, siendo preferible el uso de subsidios familiares bien estudiados y administrados, limitando el subsidio al tiempo suficiente para que la familia se recupere y pueda valerse por sí misma.

3. Que se propicie la colocación familiar en hogares sustitutos.

4. Que las instituciones de pupilaje ofrezcan a los internados además de educación académica un tipo de vida práctico en relación con actividades propias del hogar.

5. Capacidad técnica y vocacional para todo el personal de las instituciones de pupilaje.

6. Ampliar la organización de colonias infantiles para que su beneficio alcance a un mayor número de niños, creando en el seno de estas colonias los correspondientes departamentos de servicio social a fin de no sólo atender al niño durante su estancia, sino ejercer una acción favorable en el momento de su egreso.

Sobre protección a los menores con deficiencias físicas y mentales.

1. En relación a los menores con deficiencias mentales: considerar que los servicios psicopedagógicos que existen son adecuados pero que deben ser complementados a fin de que los beneficios de esta atención puedan alcanzar a un mayor número de niños y en tal sentido recomienda:

a) Divulgar ampliamente por la prensa, la radio, etc. los estudios e investigaciones en materia psicopedagógica, así como dar a conocer las facilidades que se pueden ofrecer a través de los servicios existentes o que se creen al efecto para atención de los niños.

- b) Crear un servicio psicopedagógico que alcance al niño preescolar en su hogar.
- c) Crear una Clínica de Higiene Mental como dependencia del Negociado de Higiene Escolar del Ministerio de Educación.
- d) Aprovechar la existencia de un centro de investigación integral del niño para ubicar en su cercanía las instituciones que aún faltan en el engranaje de la atención de niños a-tipo, a fin de que se pueda utilizar el personal técnico y la maquinaria administrativa existente al máximo sin aumentar el coste que llevan implícitos estos servicios.

En relación con los menores con deficiencias físicas: considerar que los servicios que prestan las instituciones existentes para la atención de lisiados son adecuados pero deben ser complementados a fin de que esta atención pueda ser disfrutada por el mayor número posible de niños afectados. En tal sentido se recomienda:

1. Crear Centros de Rehabilitación en las provincias de las Villas y Oriente.
2. Fundar casas de convalecencias que sirvan de eslabón entre el hospital y el centro de rehabilitación.
3. Prestar la adecuada atención al lisiado:
 - a) en el aspecto físico: atención hospitalaria cuidadosa, facilidades para su recuperación mediante los servicios de las casas de convalecencias y centros de rehabilitación.
 - b) en el aspecto educativo: facilidades para la instrucción y educación vocacionales en escuelas oficiales y centros de rehabilitación.
 - c) en el aspecto social: orientación ofrecida por trabajadores sociales y educación de la comunidad, para incorporar al lisiado a la vida social y económica.
4. Establecer un censo oficial de lisiados.
5. Legislar adecuadamente para que el lisiado reciba la debida atención y se provean los recursos para llevar a cabo los programas que se establezcan.
6. Ampliar los servicios para niños sordo-mudos haciéndolos extensivos a los duros de oídos.

En relación con el establecimiento de grupos de scouts de extensión en los centros de rehabilitación de menores impedidos física y mentalmente, se recomienda, que en las instituciones destinadas a la rehabilitación de menores se establezcan grupos de scouts de extensión con el propósito de estimular al impedido y contribuir a su rehabilitación.

Sobre instituciones de reeducación de menores.

Con respecto a instituciones de asistencia y protección:

1. Que se haga amplia divulgación de nuestras leyes actuales protectoras de la familia a fin de que las madres sean conscientes de los derechos que las amparan.

2. Que se establezcan agencias de familia donde se ofrezcan orientaciones y ayuda social y legal a la madre abandonada.

3. Que se recomiende la implantación del subsidio familiar controlado por trabajadores sociales, así como el régimen de colocación familiar a través del Centro de Orientación Infantil.

Con respecto a instituciones de reeducación de menores:

1. Que se hace indispensable una legislación integral para menores.

2. Que se creen institutos de reeducación de distintos tipos a fin de hacer una clasificación adecuada de estos menores, así como instituciones anexas que deben funcionar adecuadamente coordinadas con los institutos de reeducación como son: el Consejo Tutelar, las Casas de Observación y Hogares para Egresados.

3. Que se dé a los institutos de reeducación organización de casas-hogares.

4. Que se considere urgente la organización de patronatos para menores egresados.

5. Que se amplíe el servicio social dentro de las instituciones de reeducación, a fin de poder cumplir a cabalidad el estudio y orientación de los menores y sus familias, atendiendo especialmente a su reincorporación a la sociedad.

Sobre el Dispensario y Escuela San Lorenzo.

1. Que se efectúe mayor coordinación entre las instituciones privadas y públicas.

2. Que se utilicen trabajadores sociales en los equipos de investigación psicológica que laboran en la institución.

3. Que se reconozca el esfuerzo realizado por este tipo de institución como método adecuado al mejoramiento social, aprovechándose de su experiencia.

4. Que se estimule y acepte el esfuerzo de la cooperación voluntaria vocacional, como alto factor en el mejoramiento colectivo.

Sobre legislación de menores.

1. Como solución inmediata a los diversos problemas que presenta en Cuba la protección a la infancia, convendría la cen-

tralización de todos los servicios en un organismo técnico que tendría autonomía directa, jerárquica y presupuestal.

2. El Consejo Directivo de este organismo estará integrado por un presidente y cuatro miembros especialistas graduados respectivamente en medicina, derecho, pedagogía y servicio social.

3. El presidente será designado por el Poder Ejecutivo recayendo su designación en persona que se haya distinguido por su dedicación a los problemas de la infancia. Ejercerá esta función hasta el término del mandato presidencial.

4. Para asegurar la capacitación de los miembros de este Consejo Directivo serán nombrados mediante concurso de oposición que será organizado por representantes de las diversas Facultades de que son graduados dichos miembros.

5. Todas las instituciones asistenciales del Estado, así como los institutos de reeducación se pondrán bajo la supervisión técnica y administrativa de este organismo.

6. Todos los aspectos judiciales relacionados con la vida del menor y la familia deberán someterse a la jurisdicción de un juzgado de menores dedicado exclusivamente a dicha materia.

7. Para la designación del funcionario competente en tal judicatura se tendrá en cuenta la especial capacitación en psicología juvenil, pedagogía y sociología, requiriéndose indispensablemente la condición de letrado y dependerá del Poder Judicial.

7. El número de dichos juzgados será como mínimo el de tres en todo el territorio nacional.

9. Los mencionados funcionarios judiciales basarán sus resoluciones en la opinión de los asesores técnicos que con ellos colaborarán: psicólogos, pedagogos, médicos y trabajadores sociales.

CHILE

El Seminario fué dirigido por el Delegado Técnico Dr. Guillermo Morales Beltrami, con la colaboración de la becada Sra. Inés Pedrassa de Leiva, habiendo enviado el INSTITUTO a la Sra. Dora M. Ibarburu. El programa se desarrolló en forma de disertaciones, visitas comentadas y Mesas Redondas, que abarcaron los siguientes temas: Alimentación del niño en Chile; Prematuros; Colocación Familiar; Tuberculosis; Higiene Mental y Clínicas de Conducta; Preescolares; Protección Jurídica de la familia; Vagancia, mendicidad y delincuencia infantil; Orientación vocacional; Tribunales de Menores; Situación de las Instituciones de Protección a la Infancia en el nuevo Servicio Nacional de Salud; Problemas financieros; El Niño Rural.

Se llegó como resultado final a las siguientes

Conclusiones

1) ALIMENTACION.

1º La población infantil de Chile se encuentra en un estado de sub-nutrición cuantitativa y cualitativa, especialmente en lo que se refiere a consumo de leche de vaca.

2º La producción en Chile no alcanza a cubrir las necesidades reales del consumo de la población y su costo es elevado, especialmente en ciertas épocas del año.

3º Mientras se modifican las condiciones económico-sociales del país y se llega a adoptar una política lechera que permita abastecer en mejor forma a los niños y embarazadas, se recomienda a los servicios asistenciales el uso de la leche de vaca semi-descremada, que es de un costo muy inferior al de la leche completa y no tiene desventajas para la nutrición del niño, ya que conserva su proporción de calcio y proteínas, elementos indispensables para el buen desarrollo del organismo infantil.

4º Se hace necesario adoptar en el país una política nacional de alimentación que contemple todos y cada uno de los numerosos factores que dificultan o encarecen la alimentación popular, política que debe ir dirigida fundamentalmente a un amplio suministro de leche, en forma estable, económica y permanente para los niños de toda condición social, especialmente a través de las instituciones asistenciales que hacen protección de masas y a las cuales debe proporcionárseles los recursos económicos necesarios para que hagan llegar sus beneficios a los grupos de la comunidad que lo necesitan y que en la actualidad carecen de los medios más indispensables para alimentarse.

2) PROTECCION DEL NIÑO PREMATURO.

1º Se acepta la denominación de prematuro para aquel niño que nace con menos de 2.500 gramos de peso.

2º Las cifras estadísticas demuestran que, a pesar de la gran baja experimentada por la mortalidad infantil en los últimos años, se mantienen elevados los índices de muerte por prematuridad.

3º La asistencia del niño prematuro requiere cuidados especiales, fundamentalmente en lo que se refiere a alimentación y abrigo y para ello los servicios asistenciales respectivos deben disponer de instalaciones adecuadas destinadas especialmente a mantener las condiciones caloríficas necesarias para la supervivencia del niño. Todo esto tanto en Santiago como en provincias.

4º Se recomienda, como medida importante para prevenir o-

evitar la prematuridad, el cuidado conveniente de la embarazada durante la época de su gestación, controlando especialmente las buenas condiciones de su alimentación y evitando los desgastes físicos del trabajo o de otras características de la vida de la embarazada.

5º Se acepta que el prematuro, convenientemente asistido y alimentado, puede llegar a establecer su normalidad fisiológica y anatómica en plazos que varían según las características individuales de cada niño y que deben ser establecidos en cada oportunidad por el examen médico especializado correspondiente.

3) COLOCACION FAMILIAR.

1º El sistema de Colocación Familiar ha demostrado ser un elemento valioso en la asistencia y protección materno-infantil, siempre que se cumplan los requisitos técnicos básicos exigidos y se aplique a los niños que realmente puedan beneficiarse de él.

2º Es recomendable ampliar los servicios de Colocación Familiar a base del que actualmente existe en la Casa Nacional del Niño, pero suprimiendo las restricciones que este impone, pues sólo recibe niños huérfanos y abandonados, a fin de que sus beneficios puedan llegar hasta otros niños en situación irregular que lo necesiten. Para ello, se recomienda la centralización de los actuales servicios de Colocación Familiar de las distintas instituciones asistenciales en un organismo único, amplio y convenientemente dotado que haga llegar su acción a todos los niños que lo requieran.

3º Como manera de apreciar en todo su valor la eficacia real del sistema, se acuerda pedir a las autoridades correspondientes, un estudio bioestadístico del rendimiento de los servicios, de sus costos reales, de su utilidad en la formación integral del niño y del aprovechamiento final de los individuos asistidos cuando están en condiciones de incorporarse como elementos útiles y productores, al seno de la colectividad.

4º El servicio centralizado de Colocación Familiar debería disponer de todas las herramientas legales, médicas, sociales, pedagógicas y demás que le permitan garantizar la formación integral del niño en sus distintas etapas y según sus diferentes características individuales.

4) VACUNACION B.C.G.

1º La vacunación B.C.G. constituye un importante método de profilaxis antituberculosa; su aplicación intensiva y progresiva en niños anérgicos, demuestra que es inocua.

2º La comparación de la experiencia adquirida con la inmunización B.C.G. en el Uruguay y en Chile, hace recomendable la intensificación de los programas desarrollados hasta aquí al respecto, a fin de hacer llegar sus beneficios a las ciudades del país cuya población infantil todavía no ha sido vacunada y también al medio rural.

5) HIGIENE MENTAL — CLINICAS DE CONDUCTA.

1º El estudio de la higiene mental y de las alteraciones conductuales de los niños a través de las Clínicas de Conducta, constituye un método eficaz y moderno en el diagnóstico, tratamiento y profilaxis de la irregularidad de los menores.

2º Toda organización proteccional que dedique sus esfuerzos a la asistencia integral del menor en situación irregular, debe contar con clínicas de conducta integradas por personal técnico especializado de médicos psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y pedagogos y dotadas de equipos y material adecuado para sus finalidades.

6) ASISTENCIA Y EDUCACION DE LA EDAD PREESCOLAR.

1º La asistencia y la educación de la edad preescolar son actividades que deben marchar unidas o estrechamente coordinadas, ya que sólo de este modo se obtiene el cuidado físico del niño de esta edad, su estudio psicológico, su formación educacional y su orientación hacia actividades sanas provechosas. La asistencia y la educación de la edad preescolar constituyen una de las mejores herramientas para prevenir la irregularidad en todas sus manifestaciones, especialmente la vagancia y la delincuencia infantil.

2º La organización proteccional chilena no cuenta con un sistema adecuado para la asistencia y educación de la edad preescolar.

3º La asistencia y educación de la edad preescolar debe hacerse a través de organismos denominados guarderías de niños, que deben estar intimamente enlazados a las entidades asistenciales y educacionales de otro género.

7) ASISTENCIA DEL NIÑO EN SITUACION IRREGULAR (VAGANCIA, DELINCUENCIA Y MENDICIDAD).

1º Los distintos estados en que puede manifestarse la irregularidad de un menor, dependen:

a) de factores económico-sociales, ambientales que repercu-

ten sobre la constitución del hogar y desorganizan la vida familiar; y

b) de condiciones psíquicas o somáticas personales de cada menor que lo inducen a actuar en forma antisocial.

2º En consecuencia, la solución del problema de los menores en situación irregular, está estrechamente ligada a la de los problemas básicos que afectan a la comunidad, tales como alimentación, vivienda, vestuario, alcoholismo, malos hábitos, etc., y además a la posibilidad de estudiar las causas de la irregularidad de cada menor en clínicas de conducta, en servicios de observación o en otros del mismo género.

8) LA ORIENTACION PROFESIONAL DE LA INFANCIA.

1º La orientación profesional de la infancia, adolescencia y juventud es una técnica importante en la formación integral del futuro ciudadano.

2º Para que la orientación profesional cumpla en forma satisfactoria sus interesantes objetivos, es indispensable establecer la correlación y cooperación de los distintos organismos técnicos especializados que deben intervenir en ella, especialmente aquellos de carácter pedagógico, social, médico-clínico, médico-psiquiátrico, psicológico, etc.

3º La orientación profesional debe organizarse en todos los establecimientos en donde se imparta enseñanza.

4º Como un complemento de los servicios de orientación profesional deben crearse oficinas de colocación para adolescentes y de trabajo para los menores que se vean obligados a trabajar prematuramente.

9) LOS TRIBUNALES DE MENORES.

1º La creación de los Tribunales destinados a la administración de la justicia de menores de carácter tutelar, constituye un avance indiscutible en la técnica de la protección y asistencia materno-infantil en Chile.

2º La experiencia ha demostrado que es necesario complementar las disposiciones actualmente en vigencia respecto de los Tribunales de Menores y que están contempladas en la Ley Nº 4.447, con otras medidas que robustezcan la autoridad de los Jueces de Menores en cuanto se refiere a exigir de los padres o guardadores el cumplimiento de las obligaciones que tienen para con los menores a su cargo.

3º Junto con estudiar estas modificaciones y ampliaciones de facultades de los Jueces de Menores, es necesario aumentar la

dotación de Tribunales de Menores de Santiago y de provincias en forma que satisfaga las necesidades mínimas de la población que recurre a estos Tribunales y dotarlos del personal de asistentes sociales suficientes para desarrollar eficientemente su labor.

4º Los Juzgados de Menores deben disponer de un equipo técnico integrado por médicos, visitadoras sociales, pedagogos, etc., para efectuar la observación integral de los menores. Se hace sentir la necesidad ineludible de modificar la Ley actualmente en vigencia en el sentido de que los Jueces deban obligadamente consultar a estos técnicos antes de emitir sus fallos o de adoptar medidas de cualquier género con los menores entregados a su jurisdicción.

5º Se hace sentir la necesidad ineludible de completar la cadena de organismos judiciales y asistenciales creados por la Ley de Protección de Menores, con un Tribunal de 2^a Instancia o Corte de menores, también especializada, que oiga las apelaciones formuladas a las sentencias y medidas dictadas por los jueces especiales de menores con el mismo criterio asistencial y tutelar que debe inspirar la administración de justicia de esta índole.

10) SITUACION DE LAS INSTITUCIONES DE PROTECCION A LA INFANCIA EN EL NUEVO SERVICIO NACIONAL DE SALUD.

1º Dentro del espíritu de centralización normativa y descentralización que anima la organización del nuevo Servicio autónomo llamado Servicio Nacional de Salud, los técnicos en protección y asistencia materno-infantil, aspiran a las siguientes realizaciones:

a) El nuevo servicio deberá contar con un Departamento Central normativo de protección materno-infantil, como uno de los más importantes de la nueva estructura.

b) Este Departamento de protección materno-infantil, deberá tener a su cargo la orientación normativa y técnica de todos los servicios asistenciales y protectivos materno-infantiles que actualmente dependen de cada una de las instituciones que entran en la fusión.

c) La estructura central propuesta deberá comprender todas las actividades que actualmente se dedican a esa protección en los diferentes servicios, o sea, las de carácter médico-preventivas, médico-curativas, sociales, de asistencia económica, de psicopatología, jurídicas, etc.

2º La concepción actual del Servicio Nacional de Salud, no resuelve en su integridad los problemas que giran alrededor de la protección y asistencia materno-infantil, ya que estos rebasan

las limitaciones de un servicio destinado específicamente a la protección de la salud.

3º La solución ideal sería el mantenimiento de un organismo único dependiente directamente del Ministerio de Salubridad que dirigiera y orientara la política nacional de protección, asistencia y bienestar de la infancia en todas sus fases y que coordinara las actividades de este tipo con los Ministerios de Educación, de Justicia, del Trabajo y otras reparticiones atinentes.

11) FINANCIAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES DE PROTECCION A LA INFANCIA.

1º El financiamiento de un programa unitario de la protección materno-infantil en el país debe ser obligación fundamental del Estado, ya que los beneficios de un plan de esta índole deben llegar a todos los grupos de población de niños, estén o no protegidos por las Leyes Sociales.

2º En este financiamiento estatal pueden incluirse los aportes de la Previsión y de sus organismos de Seguro Social, así como todo otro recurso que tienda a incrementar un "Fondo Nacional de Protección a la Infancia".

3º El Fondo Nacional de Protección a la Infancia debe cumplir los siguientes requisitos:

- a) provenir de fuentes de recursos estables;
- b) ser permanente; y
- c) ser progresivo, en cuanto permita la creación periódica de servicios asistenciales a lo largo del país.

12) EL NIÑO EN EL MEDIO RURAL.

1º No disponemos de cifras estadísticas exactas que permitan obtener conclusiones positivas sobre la situación real del niño chileno en el medio rural.

2º El análisis de algunas experiencias recogidas en provincias del país, eminentemente rurales y su comparación con otras poblaciones vecinas predominantemente urbanas, permite establecer que los índices de morbilidad y mortalidad son prácticamente iguales en ambos medios y aún es más alta la mortalidad por cierto grupo de enfermedades infecciosas, en el medio urbano que en el medio rural.

3º Dada la configuración geográfica del país, en el cual hay innumerables pequeños centros de población rural, la asistencia del niño y de la embarazada en este medio se hace altamente costosa y difícil y ella reviste caracteres especiales en cada una de las diferentes regiones del territorio.

4º Se recomienda promover un estudio que permita apreciar la situación real del niño en los diferentes medios rurales del país, estudio que podría ser realizado en conjunto por la Escuela de Salubridad, por el Servicio Nacional de Salud y por los organismos dependientes del Ministerio de Educación que encuen los variados aspectos del problema en Chile.

13) CLINICAS DENTALES URBANAS Y RURALES.

1º La caries dentaria es la enfermedad más común en la especie humana y aumenta paralelamente con los índices de cultura y civilización de los pueblos. Es más frecuente en las edades pre-escolar y escolar por lo cual constituye uno de los más importantes capítulos de la Patología del niño.

2º Se acepta la participación primordial que tiene en la patogenia de las caries, el uso de azúcares refinados, que determina una fermentación ácida de la saliva, que sería la que produciría la descalcificación de los tejidos duros.

3º La asistencia dental infantil debe hacerse a lo largo del país a través de clínicas odontológicas, urbanas y rurales convenientemente dotadas y con personal de odontólogos especializados y deben llenar los siguientes objetivos:

- a) Mantener la salud bucal por medio de medidas higiénicas y limpiezas clínicas;
- b) tratar las lesiones producidas;
- c) prevenir y corregir los defectos y anomalías de articulaciones;
- d) enseñanza de la higiene y de la prevención de las caries.

4º Una importante y moderna medida preventiva contra las caries, es la adición de fluor a las aguas potables en proporción de un miligramo por litro, con lo cual se obtiene la reducción de esas lesiones hasta un 65 %, sin que se altere el sabor ni la inocuidad del agua, y también las aplicaciones locales de una solución de fluor al 2 %.

14) CENTROS DE SALUD PARA EMBARAZADAS Y NIÑOS.

1º La experiencia recogida en los diferentes tipos de centros de salud para embarazadas y niños que han existido en el país, esto es, Centros Preventivos, Centros Materno-Infantiles individuales y Centros Materno-Infantiles dentro de las Unidades Sanitarias, demuestra que es más útil y efectiva la acción sobre la población de niños asistidos de aquel tipo de Centro que dispone de los mayores elementos de trabajo como es el que labora en el seno de las Unidades Sanitarias.

2º Los Centros Materno-Infantiles, cualquiera que sea su organización o tipo, deben contar con el personal técnico suficiente para resolver los diferentes problemas que allí presenten las embarazadas y los niños; deben contar con equipos e instalaciones adecuadas y funcionar en edificios que permitan un mínimo de confort y agrado para los niños y embarazadas y para el personal.

3º La labor de los Centros Materno-Infantiles debe completarse con la atención de los preescolares y es imprescindible otorgarles las posibilidades económicas para que proporcionen leche y alimentos complementarios a las embarazadas y niños que lo necesiten.

15) PROTECCION JURIDICA DE LA FAMILIA.

1º La legislación chilena contempla numerosas disposiciones proteccionales, que tienden a dar sólida organización al grupo familiar, estableciendo para ello como institución jurídica primordial, el matrimonio.

2º Las últimas modificaciones a los Códigos vigentes, promulgadas a principios del presente año, significan para Chile una honda transformación en lo que concierne al matrimonio mismo, a la disolución del vínculo y a la filiación. Sin embargo, es preciso todavía avanzar más en el campo de la legislación destinada a proteger a los hijos, cualquier que sea su condición legal y asegurarles sus derechos biológicos y jurídicos.

3º Es fundamental el principio de que los hijos tienen derecho a saber quienes son sus padres.

4º La modificación, ampliación y simplificación de algunas disposiciones legales un tanto engorrosas, como son la investigación de la paternidad y la adopción, permitiría establecer con mayores posibilidades aquellos derechos de los niños.

5º La agrupación de las disposiciones legales protectoras de la infancia en un texto codificado único (Código del Niño) estatifica la ley y dificulta las modificaciones parciales que la experiencia aconseje hacer en algunos capítulos de ellas; es por ello preferible disponer de textos parciales que hagan posible y faciliten esas modificaciones y por consiguiente se adapten a las condiciones dinámicas de la vida.

ECUADOR

El Seminario se realizó bajo la dirección del Delegado Técnico Dr. Carlos Andrade Marín, con la colaboración del becado Dr. Carlos Humberto Páez y la cooperación del equipo técnico forma-

do por el Dr. José Saralegui, Srta. Ana Aguerrondo y Srta. Ana María Díaz. En un primer ciclo se trató la Protección Médica de la Infancia; en un segundo los Aspectos Jurídico y Social de la Protección del Niño; en un tercero los Sistemas educativos y de recreación infantil.

De todo lo actuado se llegó a las siguientes

Conclusiones

El Primer Seminario Nacional de Protección a la Infancia declara que en la actualidad el máximo problema ecuatoriano es el de la Protección a la Infancia, al cual debe darse la mejor atención por el Estado y los particulares, a fin de disminuir la tremenda mortalidad infantil y salvar las nuevas generaciones, rodeándolas de oportunidades y cuidados que permitan un completo y normal desarrollo físico, intelectual y moral.

El Seminario afirma que la protección al niño debe efectuarse esencialmente en el hogar —propio o sustituto— defendiendo la familia y reconociendo el derecho del niño de tener sus padres y vivir en un hogar familiar.

El Seminario proclama —acogiendo las modernas tendencias— que la Protección Infantil debe ser integral, desde antes de la concepción hasta la mayor edad en forma continua y vigilada. Asimismo que la obra de la protección a la infancia debe ser unitaria, es decir, dirigida y orientada por una Autoridad única —el Consejo Nacional de Menores— que puede en forma armónica y planificada llevar adelante los esfuerzos estatales y particulares.

El Seminario declara que las Instituciones de Protección Infantil, de orden preventivo o asistencial, que se crearen dentro de un Plan Nacional tecnificado, deben funcionar con personal preparado, incluyendo Servicio Social, edificios propios y adecuados, equipo suficiente de acuerdo con las finalidades de cada obra, y financiación de sostenimiento bien equilibrada.

Por tanto, el Primer Seminario Nacional de Protección a la Infancia formula las siguientes Recomendaciones en los aspectos General y Legal, Médico y Educativo que han sido estudiados en las tres semanas de labores:

1º Los programas de protección materno-infantil que se realicen en el País deben ser dirigidos al niño sin discriminación de raza, religión, o condición económica y social.

2º Que se entienda por salud no sólo la ausencia de enfermedad, sino ese estado de bienestar físico, mental y social a que todo niño tiene derecho por su simple condición humana.

3º Encarecer a los Poderes Públicos y especialmente al H. Congreso Nacional que se termine el estudio del nuevo Código de

Menores en el que constan en forma técnica y detallada todas las medidas de protección al menor, a base de una financiación bien consultada, y pedir asimismo, que se dicten las leyes necesarias para la mejor protección jurídica de la familia.

4º Recomendar —aun antes de la aprobación del nuevo Código de Menores— el funcionamiento del Consejo de Menores, en forma de una institución técnica, con suficiente y amplia autonomía y con recursos necesarios y permanentes, encargado de organizar y dirigir la labor de protección del Estado, orientar y coordinar las organizaciones y actividades privadas que se dedican al cuidado de la maternidad e infancia en todo el país.

5º Recomendar la asistencia integral al grupo familiar, como base indispensable para una adecuada protección a la infancia, incrementando para ello los servicios sociales complementados con leyes que traten de evitar la disolución del hogar (subsidios, asignaciones, etc.) o dar otro sustituto adecuado en su defecto (colocación familiar, adopción, legitimación adoptiva).

6º Recomendar el establecimiento de un Escalafón para el personal que actúa en las Instituciones de Protección a la Infancia.

7º Recomendar que se haga efectivo en el País la coordinación de los diferentes servicios de protección infantil, a fin de evitar la dispersión de actividades y propender a una acción armónica y eficaz.

8º Recomendar que las actividades del trabajo de los menores se ajusten a las normas legales vigentes, evitando, en lo posible, la explotación del trabajo de los menores, por todos los medios y de modo especial con la intervención del Servicio Social.

9º Recomendar el desarrollo, en el mayor grado posible, en el país de una red de servicios asistenciales y preventivos materno-infantiles, con buenos locales, bien equipados y con personal técnico y auxiliar bien preparado, tanto para las zonas urbanas como rurales.

10º Intensificar las vacunaciones preventivas en la edad infantil.

11º Recomendar se intensifique la ayuda a los niños inválidos y mentalmente anormales.

12º Estimular los planes de alimentación para los niños, especialmente para aquellos privados de recursos.

13º Estimular el perfeccionamiento de los Centros de Observación (estudio médico-psicológico, etc.) y de orientación vocacional y enseñanza profesional de los menores abandonados y de conducta irregular.

14º Intensificar la protección al niño preescolar.

15º Recomendar la más amplia protección al niño prematuro y obtener que la denuncia de los casos sea obligatoria.

16º Intensificar la educación pública aprovechando al máximo los recursos existentes para que sus beneficios alcancen al mayor número posible de niños y aumentar el número de escuelas urbanas y rurales, buscando obtener por todos los medios una mayor asistencia y una menor deserción escolar.

17º Estimular la acción que cumplen las Escuelas de Servicio Social, colaborando además en lograr una adecuada colocación de sus egresados.

18º Estimular la creación de becas para perfeccionamiento en el Exterior del personal técnico de los Servicios de Protección Infantil.

19º Recomendar que se amplíe la enseñanza de la Pediatría dentro de la Facultad de Medicina, orientándola en la moderna línea de la Pediatría Social y realizando cursos especiales para la formación de Médicos Puericultores. Crear, asimismo, cursos de especialización y de post-graduados para tecnificar el personal de las diversas ramas de protección infantil.

20º Recomendar la denuncia obligatoria del estado de embarazo como medida de protección prenatal y jurídica.

21º Recomendar se intensifique la labor educativa, sanitaria, profesional, escolar, liceal, normal y pública, utilizando para ello todos los medios adecuados dedicando preferente atención a la educación de los futuros padres.

22º Estimular la creación y desarrollo de Clubs de Recreación Infantil urbanos y rurales, así como de Bibliotecas, Teatros, parques y otros medios de recreación infantil.

23º Recomendar se intensifique la acción contra el alcoholismo en todos los ambientes.

24º Recomendar se intensifique el estudio y la aplicación de la bio-estadística.

25º Recomendar se desarrolle un plan de higiene mental infantil.

26º Recomendar que se intensifique una amplia acción contra la prostitución de las adolescentes mediante medidas legales, médicas, educativas y sociales adecuadas.

27º Recomendar al Poder Ejecutivo para que realice anualmente una campaña tendiente a crear una conciencia nacional de protección a la familia como premisa para una eficaz protección infantil integral y unitaria, así como también para lograr la obtención de medios económicos en una forma constante y dirigida.

28º Dejar establecido que es responsabilidad de toda la colectividad, participar y colaborar en la protección materno-infantil.

PERU

El Seminario fué dirigido por el Dr. Otto Fiek Campodónico, Delegado Técnico del INSTITUTO, con la colaboración del becario, Dr. Alfredo Corzano, cooperando el equipo técnico formado por el Dr. José Saralegui y las Srtas. Ana Aguerrondo y Ana María Díaz. El plan fué ejecutado por el Departamento Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Los temas preferentemente tratados en relación con las visitas realizadas, fueron: Asistencia Integral del Niño, Amparo Maternal, Colocación Familiar, Colaboración Privada, Servicio Social y familia, Clubes Infantiles Escolares, Relaciones interpersonales en problemas de comportamiento, Lisiados, Educación Sanitaria Escolar, Asistencia prenatal y natal, Recién nacidos y prematuros, La Madre y el Niño en el medio rural. Las recomendaciones a que se arribó fueron las siguientes:

RECOMENDACIONES

1. Los programas de protección materno-infantil que se reanizan en una colectividad, deben ser dirigidos al niño sin discriminación de raza, religión o condición económica o social. Que se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedad, sino ese estado de bienestar físico, mental y social a que todo niño tiene derecho por su simple condición humana.
2. El Seminario considera esencial que la legislación en favor de la infancia debe contener debidamente codificada las normas, principios y procedimientos para la más eficaz y pronta solución de los problemas médico-sociales que la madre y el niño confrontan.
3. El Seminario declara que la protección integral del niño requiere la existencia de un organismo técnico que unifique, coordine y dirija las actividades relacionadas con la mejor salud y bienestar del niño. Este organismo debe estar dotado de los recursos, autonomía y jerarquía necesaria para poder cumplir los altos fines a él recomendados.

4. Recomienda la asistencia familiar al grupo familiar como base indispensable para una adecuada protección a la infancia.

5. Recomienda estimular la acción de la iniciativa privada, en el campo de la protección materno-infantil, para mantener el interés colectivo sobre este problema y aprovechar esa expresión de la inquietud y emoción social que existe en toda comunidad.

6. Recomienda se continúe trabajando intensamente para dotar al país de una red de Servicios asistenciales y preventivos materno-infantiles con buenos locales, bien equipados y con perso-

nal técnico y auxiliar bien preparados, tanto para las zonas urbanas como rurales.

7. Recomienda se intensifique la ayuda integral a los niños desvalidos (deficientes sensoriales, lisiados, mentalmente anormales, etc. etc.).

8. Recomienda estimular y extender los planes de alimentación para los niños privados de recursos.

9. Estimular el perfeccionamiento de los centros de observación (estudio médico-psicológico, etc.) y de orientación vocacional, enseñanza profesional, recuperación de menores abandonados y de conducta irregular.

10. Intensificar y extender programas de asistencia integral al niño de edad preescolar.

11. Intensificar la más amplia protección al niño prematuro, considerando como primordial su denuncia obligatoria y propender a la más pronta amplitud de los servicios especializados.

12. Intensificar la educación sanitaria, tanto en ambientes urbanos como rurales (profesional, escolar, liceal, normal y pública) utilizando para ello todos los medios adecuados, dedicando preferente atención a la educación de los padres y futuros padres.

13. Recomienda intensificar el Servicio Social en todas sus actividades dentro de la comunidad, estimulando la acción que cumple en la protección a la infancia, reconociendo la importancia que ella tiene en la solución médico-social jurídica, psicopedagógica de estos problemas.

14. Estimular la creación de becas para el perfeccionamiento en el exterior del personal técnico de las instituciones de protección infantil.

15. Recomienda que se amplíe la enseñanza de la pediatría dentro de las Facultades de Medicina, orientando en la moderna línea de la Pediatría Social.

16. Estimular la creación y desarrollo de clubes infantiles urbanos y rurales.

17. Recomienda se continúe intensificando el mejoramiento de la vivienda, como elemento básico para una mejor protección familiar.

18. Recomienda se intensifique la acción contra el alcoholismo, coca y demás toxicomanías en todos los ambientes.

19. Recomienda se estimule la higiene mental infantil.

20. Recomienda se estimule el estudio y aplicación de la Bioestadística.

21. Dejar establecido que es responsabilidad de toda la colectividad colaborar y contribuir en la protección materno-infantil.

22. Intensificar y extender la higiene escolar siguiendo las tendencias modernas establecidas.

REPUBLICA DOMINICANA

El Seminario fué dirigido por el Dr. Rafael Santoni Calero, Delegado Técnico del INSTITUTO, con la colaboración del becario Dr. Antonio Pannocchia, cooperando el equipo técnico formado por los Drs. Víctor Escardó y Anaya y José Pedro Achard y la Srta. Adela Freire Muñoz. El programa fué desarrollado en tres ciclos. El primero se dedicó a la protección médica y social de la infancia. El segundo a la legislación sobre protección a la infancia y al estudio de las instituciones actualmente existentes. El tercero al Trabajo, Enseñanza y Protección del Niño. El equipo técnico declaró que reconocía el grado de progreso alcanzado en la República Dominicana en lo referente a la Protección a la Infancia, y como cooperación a los esfuerzos del Gobierno en esa obra, formuló las siguientes

RECOMENDACIONES**1. — PROTECCION MEDICA A LA INFANCIA.**

- a) Se recomienda intensificar la Campaña Antituberculosa por medio del B.C.G. ya iniciada, y estudiar la técnica de la vacunación "concurrente" del Dr. Arlindo Assis.
- b) Se recomienda insistir en la forma plausible en que las autoridades dominicanas aconsejan la alimentación al pecho, considerando ésta como la más natural y beneficiosa para el niño.
- c) Se recomienda el establecimiento de Centros especializados para la protección del Niño Prematuro, y sugiere la obligación de declarar a estos Centros todos los casos.

2. — PROTECCION SOCIAL A LA INFANCIA.

- a) Se recomienda la creación de la Escuela de Servicio Social, la cual preparará preferentemente Asistentes Sociales especializados en la Protección de la Infancia.
- b) Se recomienda la organización de Clínicas de Conducta e incrementación de los Centros de Observación para el estudio de las anomalías psíquicas de los menores.

3. — LEGISLACION SOBRE PROTECCION A LA INFANCIA.

- a) Se recomienda urgir la unificación de las normas legales existentes relativas a la minoridad, para coordinar más eficazmente la Protección de la Infancia.
- b) Se recomienda someter a la jurisdicción de magistrados

especializados todos los problemas jurídicos relacionados con los menores.

- c) Se recomienda la intensificación de la protección legal en favor de la familia, apoyándola económica y moralmente, a fin de procurar el medio más adecuado para el desarrollo del niño.
- d) Se recomienda la utilización por las instituciones encargadas de la vigilancia del trabajo de los menores, de todos los organismos y elementos técnicos modernos para propender al mayor desarrollo científico de estas actividades sociales.

4. — INSTITUCIONES DE ASISTENCIA TECNICA EN LA REPUBLICA DOMINICANA.

- a) Dada la plausible gestión ya realizada en este campo, se recomienda solamente que se complementen los servicios dotando también de protección asistencial a los menores irregulares: sensoriales, físicos, y mentales.

5. — TRABAJO Y ENSEÑANZA, PROTECCION DEL NIÑO EN LA ESCUELA.

- a) Dado el excelente desarrollo de la Escuela Dominicana, sólo se recomienda la realización del examen de todos los escolares desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico.
- b) Asimismo, se recomienda la creación de Escuelas Jardines y de escuelas especializadas para aquellos niños que adolezcan de alguna anormalidad psicofísica.

Y EN RESUMEN:

El Equipo Técnico entiende que sería conveniente crear un organismo coordinador y orientador de la función de Protección Integral de la Infancia.

VENEZUELA

El Seminario fué presidido por el Dr. Ernesto Vizcarrondo, Delegado Técnico del INSTITUTO, en colaboración con el becado Dr. Rogelio Decanio, cooperando el equipo técnico del INSTITUTO compuesto por los Dres. Víctor Escardó y Anaya y José Pedro Achard y la Srta. Adela Freire Muñoz.

El Consejo Venezolano del Niño, que preside el Dr. Espíritu

Santos Mendoza, fué el factor predominante del éxito del Seminario.

Los temas tratados y visitas realizadas se refirieron a los diversos aspectos de la protección a la infancia. No pudiendo dar en este número el total de las conclusiones referentes a los distintos tópicos, transcribimos solamente las de Servicios y orientación general de la protección a la infancia.

Conclusiones

1. Debe valorizarse cabalmente el papel fundamental que cumple la Trabajadora Social en todos los casos que afecten al bienestar de un menor. No conviene crear establecimientos ni servicios destinados directa o indirectamente a la infancia sin el valioso aporte de la Trabajadora Social.

2. Toda acción social de beneficio para la infancia debe encumbrarse hacia el robustecimiento de la familia como único núcleo que puede proporcionar la felicidad del niño. Recuperar la familia debe ser la aspiración básica de toda gestión en pro del menor.

3. El mejor sustituto de la familia en los casos de desajuste de ésta es la colocación familiar. Deben considerarse como soluciones de último recurso las colocaciones en internados y otros medios artificiales de sustituir el hogar.

Tercera Reunión Regional de Delegados Técnicos en México

Durante los días 3, 4, 5 y 6 de noviembre de 1952 tuvo lugar en la ciudad de México la Tercera Reunión Regional de Delegados Técnicos de nuestro INSTITUTO, concurriendo los de Estados Unidos de América, México, Cuba, Haití y República Dominicana. Ellos fueron el Profesor Dr. Félix Hurtado, por Cuba; el Prof. Dr. Rafael Santoni Calero, por la República Dominicana; la Sra. René Arnoux, por Haití, la Sra. Francisca Acosta, por México; y la Dra. Martha M. Eliot, Jefe del Children's Bureau de Washington, por los Estados Unidos, siendo presidida por el Director del Departamento de Salud de nuestro INSTITUTO, el Prof. Dr. Victor Escardó y Anaya.

El día 3 de noviembre tuvo lugar la apertura de la reunión en el magnífico salón de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, siendo presidida por el Dr. Gustavo Argil, Oficial Mayor de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en nombre del Sr. Secretario, que estaba ausente. El Dr. Argil saludó a los componentes de la reunión poniendo de manifiesto los esfuerzos realizados por el Gobierno Mexicano en pro de la infancia y en especial del problema materno-infantil. Elogió la obra del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia y expresó el deseo de que las conclusiones a que arribaría esa reunión regional fueran de gran autoridad para orientar las futuras obras emprendidas en favor del niño.

A continuación el Dr. Victor Escardó y Anaya enviado especialmente por el INSTITUTO, después de agradecer a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la amable acogida que dispensaba a la reunión y sus elogiosas expresiones, explicó el alcance de estas Reuniones Regionales de Delegados Técnicos del INSTITUTO, de las que la de México era la tercera. Recordó que la primera había tenido lugar en Guatemala en agosto de 1951, que él tuvo también el honor de presidir y a la que asistieron Delegados Técnicos de ese país y de Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá. Las interesantes conclusiones de la misma fueron publicadas en el Boletín de diciembre de 1951 (Nº 99). La segunda Reunión se realizó en Montevideo en los días 12 y 13 de junio de 1952 con la concurrencia de los Delegados Técnicos de Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Las conclusiones fueron publicadas en el Boletín de setiembre de 1952 (Nº 102). Expresó la

satisfacción que había sentido al haber presidido también esta reunión en nombre del Director General Dr. Roberto Berro. Finalmente hizo votos por el éxito de este certamen que congregaba en la Ciudad de México a un grupo de personalidades, a los que se unían los miembros asesores ante nuestro Instituto que asistían a la reunión.

Estos asesores de México ante el Instituto son: Srta. Francisca Acosta Lagunes, Experta en problemas de bienestar social; Dr. Federico Gómez, Lactancia; Dr. Felipe García Sánchez, Enfermedades trasmisibles; Dr. José de Jesús Castañeda, Higiene de la Infancia; Dr. Juan Farill, Ortopedia; Dr. Rafael Segura Millán, Nutrición; Srta. Paula Alegría, Trabajo Social; Sra. María Luisa N. Vda. de Bandala, Educación Pre-escolar; Dr. Guillermo Dávila, Higiene Mental.

Los informes presentados en esta reunión por los Delegados Técnicos fueron confeccionados de acuerdo con el plan enviado por la Dirección General que es el siguiente:

SALUD — Morbilidad y Mortalidad infantiles. Mortalidad al nacimiento (perinatal mortality). Estado de la salud del niño de acuerdo con la Declaración de Caracas.

EDUCACION — Estado de la educación en lo que se refiere a las edades preescolares y escolar.

Bienestar Social — Legislación sobre el niño. Escuelas de Servicio Social. Organización de la Protección a la Infancia. Acción que desarrollan los Organismos Internacionales en lo que al niño se refiere, con el objeto de obtener la más amplia colaboración, coordinando todas las actividades

Sesiones de estudio

Se realizaron cuatro sesiones con el objeto de oír los informes que presentaron los diferentes Delegados. El orden de lectura fué fijado de acuerdo con circunstancias especiales. La Dra. Eliot dió lectura a su informe en inglés, habiendo repartido copias de él en castellano. Luego se leyó el informe del Dr. Santoni Calero, después el de la Sra. René Arnoux; el Dr. Hurtado sintetizó las líneas generales de la protección en Cuba y finalmente la Srta. Acosta dió lectura al informe mexicano. Estos trabajos serán oportunamente publicados en este Boletín.

Conclusiones y Votos

Después de considerados los informes y ampliamente discutidos se llegó a las siguientes conclusiones:

1º Recomienda que, teniendo en cuenta que el bienestar social de los pueblos no puede existir mientras no se desarrolle en

ellos un clima de seguridad social y paz, sean promovidos en los países los regímenes más amplios de seguridad social.

2º Recomienda que sean creadas donde no existen y mejoradas y perfeccionadas las Escuelas de Servicio Social, elevando su standard profesional.

3º Recomienda se intensifique la protección del niño, preferentemente durante los seis primeros años.

4º Recomienda se incrementen los esfuerzos para la rehabilitación de los niños impedidos.

5º Se recomienda se dé una preferente atención a los problemas sociales del niño del medio rural.

6º Recomienda una mayor coordinación en los esfuerzos federales estatales y municipales tanto públicos como privados, haciendo participar en la responsabilidad de los mismos a la comunidad, en favor del bienestar del niño.

7º Recomienda al Instituto visto el éxito obtenido en estas reuniones regionales la pronta celebración de una plenaria de sus Delegados Técnicos.

8º Recomienda que en vista del esfuerzo que realizan los organismos internacionales los Gobiernos le presten su apoyo aconsejando que sus actividades sean coordinadas a través de los organismos oficiales de cada país.

9º Recomienda intensificar el intercambio de técnicos y de becas especializadas en problemas infantiles.

10º Recomienda al Instituto la publicación periódica de los adelantos de la legislación relativa a la familia y al niño, con el objeto de llegar a la realización de un prontuario de legislación comparada de América.

11º Recomienda que cuando no fuere posible el establecimiento de una legislación integral para menores se propicie el mayor número posible de leyes que permitan asegurar el bienestar infantil.

12º Recomienda que los hasta ahora mal llamados niños delincuentes sean tratados por una jurisdicción especial dependiente del mismo organismo que condiciona la vida del niño en general.

13º Recomienda que todos los problemas referentes a la vida del niño sean en lo posible resueltos por un organismo técnico con suficiente y amplia autonomía encargado de organizar y dirigir la función proteccional del Estado, supervisando y coordinando la iniciativa privada que se dedica a la infancia.

14º En lo que a México especialmente se refiere, recomienda: a) la más pronta aprobación del Proyecto de Ley sobre el Consejo del Niño, actualmente en estudio en el Congreso. b) La promulgación de una ley que dé carácter de permanencia al Régimen de Subsidios Familiares.

La Reunión Regional de Delegados Técnicos formula los más fervientes votos de agradecimiento:

A las Autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que tan gentilmente la acogió en su seno;

A la Prensa Nacional, terrestre y radial, sin cuya decidida cooperación no hubiera alcanzado el objetivo educacional que se persigue;

Al pueblo mexicano que con tanta claridad ha comprendido lo que significa para su desarrollo integral el cuidado del niño;

Al Gobierno de México, por sus magníficas realizaciones en favor del niño, entre los que se destacan los Institutos de Rehabilitación de Impedidos y el Proyecto de Ley de Consejo del Niño.

Homenaje al Profesor Aballí

NUESTRO INSTITUTO ENVIA UNA PLACA DE BRONCE A
LA HABANA

El 16 de octubre último tuvo lugar en Cuba un acto de gran trascendencia pediátrica y americanista. Al conocerse en Montevideo el fallecimiento del eminente profesor de la Facultad de Medicina de la Habana, doctor Angel Arturo Aballí y estando próximo a partir a aquel país el Dr. Víctor Escardó y Anaya, Director del Departamento de Salud de nuestro INSTITUTO con el objeto de asistir al Seminario Nacional de La Habana, el doctor Roberto Berro, nuestro Director General, decidió que este último fuera portador de una placa de bronce que sirviera al mismo tiempo que de homenaje al maestro desaparecido, de vínculo de unión con los colegas cubanos.

La entrega tuvo lugar en una sesión solemne que se realizó en la Cátedra de Patología y Clínica Infantiles, en la que enseñó el maestro Aballí y donde se reunieron junto con los elementos que integran esa Cátedra, la Sociedad Cubana de Pediatría.

El acto fué presidido por el profesor doctor Angel Vieta, Decano de la Facultad de Medicina, ocupando la mesa presidencial el Dr. Víctor Escardó y Anaya, que en nombre del INSTITUTO iba a entregar la placa —la que estaba colocada encima de la mesa y cubierta por la bandera cubana—, el Sr. Embajador del Uruguay, Contralmirante Rivera Travieso, el presidente de la Sociedad Cubana de Pediatría, profesor doctor Agustín Castellanos, el profesor de la Cátedra de Patología y Clínica Infantiles doctor Félix Hurtado, Delegado Técnico de Cuba ante nuestro INSTITUTO, el Dr. Arturo J. Aballí, hijo del extinto, los miembros del equipo técnico del INSTITUTO ante el Seminario Nacional, Dr. José P. Achard y Asistente Social Sra. Adela Freire Mufioz, y la Dra. Elena Moure de Casado. Asistía al acto una numerosa concurrencia de calificados pediatras, personal de la Clínica y la familia de Aballí.

El Sr. Decano de la Facultad abrió el acto, saludando al Dr. Escardó que traía una tan simpática misión y tan grata al corazón de los cubanos. Acto continuo el Dr. Hurtado en emocionadas frases hizo referencia a nuestro INSTITUTO, haciendo el elogio de Morquio, su fundador; de Berro, su continuador; y del Dr. Escardó, mensajero de tan cordial mensaje de amistad. Recordó al maestro desaparecido y tuvo palabras amables para la

confraternidad que unía a la pediatría cubana con la uruguaya, las que personificó en los profesores Morquio y Aballí.

Acto continuo, el Dr. Escardó hizo entrega de la placa, con las siguientes palabras:

"Sr. Decano de la Facultad de Medicina, Sr. Embajador del Uruguay, Sr. Presidente de la Sociedad de Pediatría, Sr. Director del Hospital, Sr. Profesor de Pediatría, Señoras y Señores:

"La realización de este Seminario de Protección a la Infancia al que he tenido el gusto de venir desde Montevideo presidiendo el equipo técnico del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, ha dado oportunidad a esta última institución para rendir un homenaje sincero y cordial al maestro Angel Arturo Aballí, recientemente fallecido. No quiso el Dr. Roberto Berro, nuestro Director General dejar pasar esta circunstancia; por eso soy portador de un mensaje de admiración para el gran hombre desaparecido y de afecto y confraternidad para los pediatras cubanos amigos.

"Esa admiración y esa fraternidad podrían haber sido manifestadas en palabras, expresiones del intelecto y del corazón, verbo que pasa sutilmente de alma a alma y repite inigualada vibración con el mismo encanto e idéntica dulzura. Pero el hombre que tiene esas magníficas puertas de entrada que son los sentidos, busca la cristalización material, que por ser durable tiene algún sentido de eternidad, como el silencio. Por esta razón traigo yo esta placa de bronce, que, permaneciendo entre vosotros os dirá a todas horas nuestro mensaje que exalta vuestro maestro, estabiliza y fortalece los lazos de nuestra amistad y contribuye a sobrellevar vuestro dolor, porque lo veis compartido por corazones amigos.

"Aballí es ya hoy una figura continental por el conjunto de armónicas cualidades con que Dios adornó su personalidad. Yo tuve el gusto de conocerle y tratarlo en los Estados Unidos y gusté de la miel de su simpatía y de su bondad que reflejaba en sus ojos entornados. No me corresponde a mí, ni cuadraría en este acto el hacer una biografía del eminente cubano, cuya figura va creciendo a medida que su estatua se va forjando para dejarlo definitivamente consagrado. Permitidme que profile algunos elementos, aquellos que más impresionaron mi mente y sirven de jalones para conocer el camino de su vida.

"Fundamental y principalmente Aballí fué un médico y un médico de niños. La apreciación perfecta de lo que significó su vida de pediatra no puede hacerse sin conocer de cerca la historia de este medio siglo XX que acabamos de pasar y que se caracterizó por la paradoja tremenda de unir progresos inauditos



La placa de bronce enviada por el INSTITUTO.



En el momento de descubrir la placa, de izquierda a derecha, Prof. Dr. Agustín Castellanos, Embajador del Uruguay Rivera Travieso, Prof. Dr. Angel Vieta, Prof. Dr. Víctor Escardó y Anaya, Prof. Dr. Félix Hurtado.

con claudicaciones horrorosas. Y Aballí supo ser un factor de ese progreso y vivir una vida amable y buena para bien de la ciencia, del niño y de la patria.

"Como médico, fué un maestro. Dice Félix Hurtado, el primero y más destacado de sus discípulos, que Aballí "es el símbolo más definido y puro de las juventudes médicas cubanas". Puede decirse de él, al contemplar ahora la magnífica constelación de hombres eminentes que forma la escuela pediátrica cubana, que Aballí fué realmente maestro de maestros.

"Realizó con ello el ideal a que la mayoría de los profesores no llegan. Creó una escuela, que hoy admira todo el continente americano. Enseñó a los alumnos, a los post-graduados, a los médicos; estimuló la investigación, perfeccionó la enseñanza y como Decano hizo surgir la flamante escuela de Medicina. Y todo ésto con sencillez, como si de su cerebro y de su corazón salieran las cosas ya hechas, con completa naturalidad.

"La pediatría es una parte principal e interesante de la medicina, quizás la más prominente, porque por el niño ha de pasar el hombre en formación de sus elementos esenciales. Pero la pediatría del caso clínico, del diagnóstico y de la terapéutica desconoce muchas veces el verdadero problema del niño. A pesar de que hoy en día ya ha ido entrando en los médicos el concepto social, no es menos cierto que todavía muchos viven encerrados en la torre de marfil de su pediatría. Aballí fué en eso un precursor y un conductor seguro que supo orientar lo médico y lo social en perfecta conjunción y armonía.

"Una buena parte de las obras de protección a la infancia, fueron creadas o impulsadas por él. No puedo citarlas todas ni seguir paso a paso su magnífica trayectoria, lo mismo cuando presidiendo la Comisión Nacional de la Leche en 1926 defendió los intereses de la población infantil, como cuando en conferencias y discursos aclaraba los aspectos diversos de los problemas médicos, demostrando la importancia de la Acción Social. Pero bastaría citar la fundación del Dispensario Calmette y del Preventorio para lactantes Grancher para hacer ver como sintió y comprendió el problema social de la tuberculosis realizando también un servicio completo de hospitalización en el Sanatorio "La Esperanza" para niños tuberculosos. Moviliza más tarde las Damas Isabelinas y con su prestigio y arraigo social logra la fundación de la Liga contra la Tuberculosis infantil.

"Pero, siendo médico y maestro, no dejó de ser un ciudadano ilustre de Cuba, dotado de condiciones extraordinarias. Su oratoria lo hace ser el representante verbal de la medicina cubana. Su pluma sirvió al periodismo no sólo al médico, sino también a

aquel que en "El Cubano Libre" luchó por el ideal democrático de libertad.

"Su actividad en la Federación Médica de Cuba fué firme y constante. Procuró el mejoramiento económico del médico, que todos sabemos lo que significa. Y quebró su lanza por el concurso de oposición como el medio más justo y natural para abrir las puertas a todos, para que vayan a los puestos y a las cátedras los mejores y más capaces. Enfrentó el difícil problema de la organización mutual no queriendo que ésta se destruyera, sino que se reglamentara.

"Pero esto no sería nada si no buscáramos por debajo de todo ello al hombre bueno y de corazón, que había en Aballí. He dicho siempre que para formar un médico hay que plasmar primero un hombre. Y Aballí lo fué en el más amplio y completo sentido de la palabra. Un estudio psicológico completo lo harán los que lo conocieron de cerca. Yo lo quiero sorprender solamente en uno de los actos de su vida que basta, a mi entender para caracterizarlo. Teodosio Valledor, eminente colega amigo, nos lo ha descrito acabadamente. Cuando se creó el Sanatorio Modelo que lleva su nombre, todo estaba pronto menos la biblioteca, fuente de información indispensable para los médicos y para el personal. El Dr. Aballí en un gesto de desprendimiento sin igual, decidió regalar su biblioteca privada que era entonces una de las más valiosas y completas de Cuba. No era el gesto generoso del que dona una biblioteca que ya no usa, puesto que Aballí continuaba en su plena actividad intelectual. "Cuando lo necesitemos vendremos aquí a consultar los datos requeridos" decía y al terminar aquel día memorable se despedía de sus libros, con tristeza y con júbilo, separándose de amigos queridos pero consciente de realizar una obra humanitaria y noble. Aquí tenéis al hombre.

"América consagró al maestro. En Congresos, en reuniones ocupó presidencias y puestos eminentes. Todas las Sociedades de Pediatría, Academias y asociaciones científicas, se hicieron un honor en contarlo entre sus filas. Nuestra Sociedad Uruguaya de Pediatría lo designó uno de sus miembros honorarios.

"Este es el maestro, alrededor de cuyo nombre nos hemos reunido. Esta placa que os entrego tiene un doble significado, es un homenaje de América que parte del Uruguay. El Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia que dirige actualmente el Dr. Roberto Berro, que preside el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, argentino, siendo vice el Dr. Martagão Gesteira, brasileño, y yo el Secretario, al ofrecer este recuerdo quiere decir a los amigos cubanos que sentimos como ellos la muerte de Aballí, que toda América se hace presente en este acto que perdurará este recordatorio. Pero al mismo tiempo ese bronce que viene de Mon-

tevideo, es uruguayo, traído por mis manos y tiene por lo tanto también un valor que se une y se funde en el homenaje americano que hoy realizamos.

"Hermanos cubanos, recibid esta placa que forjamos con amor, para que el nombre del Maestro sirva de vínculo de unión, afirme la solidaridad continental y estreche cada vez más los lazos que nos unen en el noble propósito del bienestar del niño americano, que consolidará definitivamente en un mañana cercano la grandeza de esta América, presente maravilloso y porvenir sonriente de la humanidad."

Esta placa que fué expuesta al público en diversas oportunidades, será definitivamente colocada en el salón de la Cátedra, donde el maestro Aballí enseñó durante muchísimos años.

Conferencias y Congresos

I CONGRESO CENTROAMERICANO DE PEDIATRIA

San José, Costa Rica, 5-8 de diciembre de 1952

De acuerdo con la decisión tomada en la reunión de Delegados Técnicos de Centro América y Panamá, auspiciada por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, celebrada en la ciudad de Guatemala, la Asociación Costarricense de Pediatría ha dispuesto efectuar el PRIMER CONGRESO CENTROAMERICANO DE PEDIATRIA del 5 al 8 del corriente mes.

Se tratarán los siguientes temas: **Discusión del problema de la atención médica-sanitaria de los párvidos.** Relator. Dr. Marco Tulio Magaña (El Salvador); **Bienestar social de la infancia. La acción oficial y la iniciativa privada.** Relator. Dr. Ernesto Cofiño U. (Guatemala); **Colonias escolares de vacaciones.** Relator. Dr. Dr. Carlos M. Gálvez. (Honduras); **Inmunizaciones en la infancia, con especial referencia al B.C.G.** Relator. Dr. Germán Castillo. (Nicaragua); **Estudio complementario del síndrome policarenial de la infancia.** Relator. Dr. Antonio Peña Chavarria y colaboradores. (Costa Rica). Además se tratarán diversos temas libres y se realizarán Mesas Redondas sobre los siguientes temas: **Salud Pública Infantil**, con participación de la Oficina Sanitaria Panamericana; **Problemas de nutrición infantil**, con participación del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

Comité Organizador: Junta Directiva de la Asociación Costarricense de Pediatría. Presidente: Dr. Carlos Sáenz Herrera. Secretario: Dr. Rodríguez Loria Cortés. Dirección postal: Apartado 2278. San José. Costa Rica. C. A.

IV JORNADA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

Mar del Plata, 26, 27 y 28 de marzo de 1953.

La filial Mar del Plata ha designado el Comité organizador de la próxima Jornada que se realizará en esa ciudad los días 26, 27 y 28 de marzo de 1953, que quedó constituido de la siguiente manera: Presidente, doctor Mariano Palá; Vicepresidente, doctor Tiburcio Bustinza; Tesorero, doctor Jorge Cusan; Protesorero,

doctor Carlos Martín; Secretario general, doctor Alberto Martíjena; Secretarios, doctores Julio Genoud, Beatriz Boldrini y Guillermo Robillard; Vocales: doctores Lorenzo Ainciburi, Manuel Abad y Abraham Rubinstein.

Sede de la Secretaría General: Hipólito Irigoyen 1569 (Piso 2) Mar del Plata. (F.C.N.G.R.).

II CONGRESO NACIONAL DEL NIÑO

San Salvador, 10 de mayo de 1953.

En la ciudad de San Salvador se efectuará el Segundo Congreso Nacional del Niño, en el mes de mayo de 1953, inaugurándose el día 10 de dicho mes. En este Congreso participarán todas aquellas Instituciones nacionales, públicas y privadas que se interesen por los distintos problemas del Niño. Tomarán parte también Instituciones de Centro América, Panamá y algunos Organismos Internacionales.

El Segundo Congreso Nacional del Niño se efectuará con el decidido apoyo del Gobierno de El Salvador y lo realizará la Asociación Nacional Pro-Infancia, con la colaboración de "La Cruz Blanca", que fué quien llevó a cabo el primer Congreso Nacional en 1943.

El Comité Organizador Ejecutivo del Segundo Congreso Nacional del Niño está integrado así: Dr. Marco Tulio Magaña, Dr. Napoleón Rodríguez Ruiz, Sra. Prof. Elena Echeverz, Dr. Roberto Celis, don Juan José Hernández, don Raúl Merino Zaragoza, Ing. Mario Alvarez y Alvarez, Br. Dr. José Daura Bejil, Dr. Francis Sequeira, Dr. Guillermo Guillén Alvarez, Dr. Hugo Lindo, Doña Antonia Portillo de Galindo, Sra. Prof. Margarita Chaparro Meana, Doña Angélica Vidal de Najarro, Asesora Técnica Sra. Raquel Zamora, funcionaria de Naciones Unidas, Prof. don Francisco Morán, Representante del Ministerio de Cultura, Dr. Luis Adalberto Escobar, Representante del Ministerio de Salud Pública y Profesores Sra. Nelly Carrillo y Rigoberto Solano Ayala, Asesores. Este Comité ha entrado en funciones inmediatamente.

La Junta Directiva del Segundo Congreso Nacional del Niño, la cual tiene a su cargo el Gobierno del Congreso, está formada por los siguientes miembros: Presidente Dr. Marco Tulio Magaña; Vice-Presidente Dr. Guillermo Guillén Alvarez; Primer Secretario Dr. Napoleón Rodríguez Ruiz, Segundo Secretario Dr. Hugo Lindo; Coordinador Prof. Francisco Morán; Tesorero don Juan José Hernández, Vice Tesorero Br. don José Daura Bajil. Esta Junta Directiva ha entrado inmediatamente en funciones.

El Comité y la Junta Directiva determinaron que los tópicos básicos que tratará el Segundo Congreso son los siguientes.

- A. Bienestar Social de la infancia.
- B. Educación.
- C. Salud.
- D. Legislación.
- E. El Niño Rural, y
- F. Temas Libres.

XIX CONGRESO INTERNACIONAL ABOLICIONISTA

París, Francia, 18-21 de mayo de 1953.

El XIX Congreso Internacional de la Federación Abolicionista Internacional, organización fundada en 1875 y dotada de estatuto consultivo frente al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, tendrá lugar del 18 al 21 de mayo de 1953, en París, en los locales del Instituto AlfredFournier, 25 boulevard St-Jacques.

Los temas que se tratarán serán los siguientes:

La policía de la fiscalización de la prostitución.

El fichero sanitario profesional y social de la prostitución.

La reclasificación profesional y social de las exprostitutas y se darán a conocer los primeros resultados de una encuesta sobre los factores psíquicos de la prostitución.

Libros y Revistas

Dr. Carlos Martí Bufill. — TRATADO COMPARADO DE SEGURIDAD SOCIAL. Madrid. España. 1951.

Nos viene de la Madre Patria, esta obra que no exageramos al clasificar de extraordinaria al abordar con decisión y valentía el modernísimo tema de la Seguridad Social, que como afirma el autor ha dislocado la concepción clásica de los Seguros Sociales y quebrado el propio concepto de la Previsión Social, para lanzarse por el camino de las formas asistenciales directas y exclusivas.

Comienza el libro con varios capítulos que llamaremos "históricos", que narrando las viejas instituciones de los primeros siglos, los "Collegia" romanos y las "Gildas" germanas, pasando por las cofradías de la Edad Media, por las hermandades de Socorros Mutuos, por las corporaciones, llega en el siglo XIX a la previsión social, la beneficencia pública y los seguros sociales obligatorios que nacidos al final de esa centuria se difundieron y mejoraron en el siglo actual, hasta hacer referencia a lo más moderno, la Carta del Atlántico, la de las Naciones Unidas, la asistencia técnica y finalmente el conjunto y el sentido de las leyes de Seguridad Social.

En las partes subsiguientes del libro se estudia la Seguridad Social como derecho y como política. Se comentan entonces un gran número de legislaciones europeas y americanas, estudiando las prestaciones y los atributarios, la financiación y la administración de los servicios, y finalmente la política internacional de Seguridad Social, las Naciones Unidas (O.N.U.) los organismos especializados, el Consejo Económico y Social, la Organización de Estados Americanos (O.E.A.), la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), el "Instituto Interamericano de Protección a la Infancia", la Oficina Sanitaria Panamericana, y otros organismos especializados de carácter mundial o continental.

En suma, una obra que representa un considerable esfuerzo de exposición y doctrina, que es honra de la cultura de esa España que sale de sus terribles sacudidas internas con el mismo vigor y con la misma ansia rectora de los pasados tiempos.

Sin que importe una crítica que no nos animaríamos a formular, lamentamos solamente que el estudioso e inteligente Dr. Martí Bufill, no haya dedicado a estos dos países platenses (Uru-

guay y Argentina), de clara estirpe hispánica, un número mayor de comentarios y páginas, que bien los merecerían pues entre ellos el concepto de seguridad social ha avanzado, y mucho, en la legislación y en la práctica.

Roberto Berro

Doctor Gregorio Aráoz Alfaro. — SEMBLANZAS Y APOLOGÍAS DE GRANDES MÉDICOS. 2^a serie. Buenos Aires. Argentina. 1952.

A último momento, como el mejor premio a nuestra inquietud de estudios y lecturas, llega a nuestra mesa de redacción este nuevo gran libro del ilustre maestro y querido amigo doctor Gregorio Aráoz Alfaro.

Sin tiempo ya para leerlo totalmente, queremos dedicarle un comentario inicial que merece y que podemos hacerlo porque muchas de las "semblanzas" que allí aparecen nos son ya bien conocidas, y algunas leídas y releídas más de una vez. Porque son tales la simpatía, la admiración, el respeto y el cariño que tenemos por ese gran señor de la medicina americana que es Aráoz Alfaro, que todos sus escritos y todos sus pensamientos nos son familiares y conocidos.

¡Qué admirable vida, que hermosa e incansable labor, la de este octogenario humanista, médico, escritor, sociólogo, maestro en su país y en América, y Hombre con mayúscula, sabio, bueno, probo y generoso!

Todo el que escribe un buen libro sirve a la cultura y a su patria, pero aquél que lo hace a los 82 años, con el mismo estilo preciso y elegante de su juventud, representa la culminación feliz de una vida ejemplar cuyo merecido elogio supera a la pobreza de nuestra pluma.

Para recomendar la lectura, amena y fecunda, del libro de Aráoz Alfaro, basta decir que las "Semblanzas y Apologías" están dedicadas, en un volumen de 500 páginas, a Pasteur, Röntgen, Behring, Finlay, Forlanini, Ramón y Cajal, Sergent, Welch, Howard Florey, Robert Philip, Miss Grace Abbott, Cushing, Schlutz, León Bernard, Nicolle, Comby, Scoseria, Annes Dias, Ricaldoni, Alejandro del Río, Centeno, Calvo Mac-Kenna, Lloveras, Mühlens, Sommer, Bonorino Udaondo, Sauerbruch y Facundo Larguía.

La enumeración de estos nombres ilustres, muchos de ellos personalmente conocidos por nosotros, y cuyas vidas fecundas son estímulo y ejemplo, debe despertar en todos los médicos de América el anhelo de leer y gozar este libro, reteniendo en el pecho el ansia de decir y repetir gracias, muchas gracias, maestro ami-

go que Dios cuide y proteja vuestra vida por muchos años más que los que ya llevais gloriosamente vividos.

Roberto Berro

Profesor doctor Jorge Bejarano. — NUEVOS CAPITULOS SOBRE EL COCAISMO EN COLOMBIA. Bogotá. 1952.

Temo que al elogiar la magnifica comunicación que el profesor Jorge Bejarano dirigió a la Academia Nacional de Medicina de Bogotá, los que nos conocen —al ilustre autor y al crítico modesto— piensen que “nos comprenden las generales de la ley”, pues bien sabido es que desde hace años ambos estamos unidos por una inalterable amistad y un compañerismo americanista que nos hace recibir con la máxima simpatía cualquiera manifestación cultural o política que con nuestra intervención venga de la docta Bogotá o surja en esta inquieta ciudad platense que es San Felipe y Santiago de Montevideo.

El profesor Bejarano establece en las conclusiones bien fundadas de su informe lo siguiente:

1^a La masticación de hojas de coca, —costumbre indígena— en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú constituye una toxicomanía determinada por la cocaína, alcaloide de la coca.

2^a Una comisión técnica delegada del Consejo Económico y Social de la O.N.U. estudió la manera posible de limitar la producción y distribución de la coca.

3^a Dicha comisión comprobó “in situ” los efectos nocivos de la masticación de la coca, perjudiciales para el individuo y la sociedad.

4^a No hay razón alguna que justifique el hábito nocivo, que podría ser modificado regularizando las condiciones de alimentación y vida de la población indígena.

5^a Es una tesis pseudo-científica la que afirma que el hombre de los Andes es una variedad especial clíматo-fisiológica de la raza humana, que precisa de la coca.

6^a La masticación de hojas de coca es altamente perjudicial para la faena diaria del trabajador aborigen.

7^a El Gobierno de Colombia debe reanudar con energía la campaña iniciada hace algunos años por decretos del Ministerio de Higiene.

8^a Puede y debe limitarse el mal aprovechando que el cultivo de la coca está circunscrito a algunas zonas del país.

9^a Si por adhesión a convenios internacionales (lucha contra las toxicomanías) se persigue en Colombia a los cultivos del

"cannabis indica" (marihuana), debe hacerse por lo menos, lo mismo con la "coca" tan peligrosa y perjudicial.

Todas estas conclusiones están perfectamente fundadas en los distintos capítulos de este pequeño libro que reputamos útil difundir en los países cordilleranos que sufren desde hace siglos de los males del "cocaísmo".

Roberto Berro

Doctor Ricardo Archila. — LUIS RAZETTI O BIOGRAFIA DE LA SUPERACION. Caracas, Venezuela. 1952.

El libro del erudito autor venezolano obtuvo el 1er. premio en un concurso promovido por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social sobre la "Biografía del Dr. Luis Razetti", quien fué un ejemplar médico extraordinario que nacido en 1862, falleció en 1932, después de una vida entera dedicada al estudio, a tal punto que su biógrafo lo caracteriza así: "Sempiterno estudiante, aun en el diario ajetreo del cirujano, del profesor, del escritor y de las exigencias de su numerosa clientela, de su clínica, del hospital y de sus labores académicas, además de sus múltiples obligaciones sociales, siempre encontraba tiempo para la lectura. Fué en realidad en Venezuela y en América el "maestro de la superación".

El Dr. Archila estudia a su biografiado con amor y con verdad. Hace referencia a su vida de estudiante ejemplar, a su influencia en el levantamiento y progreso de la Universidad, a su ingreso a la docencia como profesor de Higiene, a su actuación en el renacimiento de la medicina venezolana, a sus clases magistrales, a su valer como catedrático de Operaciones y de Clínica Quirúrgica, a la implantación de los concursos para el externado e internado hospitalario, a su participación en la fundación del Colegio de Médicos y en el nacimiento de la Academia Nacional de Medicina, y a su apostolado por la deontología médica que culminó con la aprobación del famoso Código de Moral Médica que tuvo singular resonancia en los círculos médicos de muchos países hermanos.

Pero Razetti no se limitó a ser un médico y un maestro. Fué un luchador incansable, un escritor de estilo propio, un cultivador de todas las inquietudes humanísticas, y ni siquiera excluyó de su vida la lucha política, por la cual sufrió y a la que mucho sirvió y honró, integrando el Senado de su patria.

El interés creciente que despierta la lectura del libro de Archila se completa con una magnífica iconografía del maestro, re-

produciendo numerosas fotografías de niño, de adolescente, de médico joven, de catedrático, de desterrado político, en distintos Congresos médicos, en el paraninfo de la Universidad Central y en los últimos años de su vida eminente.

El conocimiento de estas grandes vidas americanas es no sólo conveniente, sino necesario para que apreciemos más el gran valor de la voluntad y del esfuerzo en la formación de la ciencia continental, en estos países jóvenes, inquietos, rebeldes a veces, pero con un caudal insuperable de precursores, maestros y apóstoles.

Roberto Berro

Dr. Víctor E. Vivar. — PEDAGOGIA NUEVA. Lima, 1952.

La presente obra de un conocido y prestigioso educacionista que actúa en Lima desde hace mucho tiempo, no es una improvisación. El autor dice en la Nota Preliminar que hace más de 25 años viene divulgando en teoría y en la práctica, las doctrinas de la Escuela Nueva, y que a pedido de muchos maestros del Perú, concreta en este volumen de 116 páginas (1ra. parte —Bases y Prácticas de la Escuela Nueva), sus enseñanzas dadas a conocer en la revista "Maestro" y en otra publicación comentada por nosotros hace tiempo: "Un ensayo integral del Método Decroly".

El libro comprende dos partes: en la primera, el autor se refiere a las bases de la escuela nueva en cuanto a lo que debe ser en sí misma, sus fundamentos científicos y filosóficos; su relación con el hogar y la sociedad; necesidad de estudiar detenidamente al niño; valor del trabajo útil en la escuela; actividad, disciplina, libertad, juego. Y para aplicación de los principios teóricos estudia cómo la escuela nueva puede implantarse en el Perú, "Paso a Paso, con ritmo de avance seguro y firme".

La segunda parte de la obra comprende instrucciones para realizar la reforma del sistema educacional del Perú, según las prácticas de la escuela nueva, considerando entre otras cuestiones, las siguientes: la escuela y la sociedad; el espíritu del maestro, asambleas de maestros, comunidad escolar, clubes escolares, trabajos escolares, etc. No hay duda que si se consiguiera generalizar en las escuelas del Perú las directivas aquí enumeradas la reforma de la enseñanza podría ser muy radical, dando satisfacción a lo afirmado por el autor "La Escuela en el Perú, siguiendo el ritmo de la época, siente ansia de renovarse, y se renueva".

Emilio Fournié

UNESCO. Bureau International d'Education. — L'ACCES DES FEMMES A L'EDUCATION. Geneve. 1952.

En un volumen de 232 páginas— publicación Nº 140 de la Serie— se estudian, como en casos anteriores, las respuestas de los Ministerios de Instrucción Pública de cuarenta y siete países sobre una cuestión de gran interés como es la posibilidad de acceso de niñas y jóvenes a la enseñanza, problema que parecería estar resuelto en todos los países, y que lo está desde el punto de vista legal y como principio de derecho, pero que deja mucho que desear en cuanto se refiere a la realidad de los hechos.

Por la referencia hecha en el texto se comprueba que las constituciones de todos los países hacen mención al derecho que tienen los niños —en general— a recibir enseñanza primaria, y la obligación de los padres a darles oportunidad de que sean enseñados; en algunos países, como Perú, se diferencian expresamente los sexos diciendo que la enseñanza primaria elemental es obligatoria para varones y mujeres de 7 a 16 años.

Por otra parte, los programas escolares no hacen diferencia en cuanto se refieren a varones o mujeres, salvo en las clases superiores cuando la enseñanza de la anatomía o fisiología humanas se relaciona con cuestiones sexuales, así como en programas de economía doméstica y labores. Así mismo la tendencia general de las escuelas oficiales es que sean mixtas; no ocurre lo mismo en las escuelas privadas, sobre todo las de carácter religioso.

Si bien en la enseñanza primaria el número de varones y el de mujeres es más o menos igual, en enseñanza secundaria hay una marcada mayoría de varones que asisten hasta los grados superiores, salvo en pocos países como en Canadá, Escocia, Dinamarca, Estados Unidos de América, Finlandia, Suecia. Y esa diferencia a favor de los varones se nota también en la enseñanza profesional y superior excepto en las Escuelas Normales donde son más las mujeres que los hombres, lo cual está de acuerdo con lo que ocurre con el número de maestros de escuelas primarias, siendo proporcionalmente muy reducido el número de hombres.

En el profesorado de enseñanza secundaria, profesional o superior, es mayor el número de hombres que el de mujeres.

En conjunto ésta es una obra de valor informativo para quienes se interesen por estudiar las diversas cuestiones que plantea la educación femenina desde diversos puntos de vista.

Emilio Fournié

Informaciones

CREACION DEL MINISTERIO DE ASUNTOS CAMPESINOS.

Celebrando el Día Panamericano del Indio del presente año, el Gobierno de Bolivia creó el Ministerio de Asuntos Campesinos, cuyas atribuciones son las siguientes: a) Cumplir las prescripciones contenidas en la Sección Décimonovena de la Constitución Política del Estado; b) Organizar la economía rural, en función de la economía nacional; c) Incorporar los grupos indígenas a la cultura nacional; d) Estudiar y resolver en su forma integral, las múltiples necesidades de los trabajadores del agro; e) Dictar en base a los estudios realizados, las medidas administrativas y de legislación tendientes a su mejoramiento; f) Impulsar el cooperativismo en las comunidades campesinas; g) Atender la higiene y salubridad rural; h) Impulsar la colonización; i) Desarrollar el fomento y crédito en las cooperativas agropecuarias y comunidades.

En el artículo 2º del decreto se establece que el Ministerio de Asuntos Campesinos estará integrado por:

I. Dirección General de Comunidades y Cooperativas Agropecuarias con los siguientes Departamentos:

a) Sección Mecanización o equipos móviles; b) Planificación; c) Fomento y Crédito; d) Empadronamiento y Estadística; e) Mejoramiento Comunal.

II. Dirección General de Legislación y Justicia Campesina, con los siguientes Departamentos:

III. Dirección General de Educación Fundamental, con los siguientes Departamentos:

a) Normales rurales; b) Primaria rural; c) Educación de adultos; b) Bienestar rural; e) Tecnificación agraria.

REGLAMENTO DE LOS RIESGOS DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD. La Gaceta Oficial del 15 de abril de 1952 establece el nuevo reglamento de los riesgos de enfermedad y maternidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, que fija el campo de aplicación del seguro social de enfermedad y maternidad en todos los distritos de los cantones en que ya se aplica en su totalidad o en las Provincias, en las que sólo se aplica parcialmente, haciéndolo también obligatorio para los trabajadores de los ferrocarriles y de los Ministerios nacionales, que realizan sus labo-

res en zonas donde el seguro no ha sido extendido. El seguro no comprende a los trabajadores domésticos ni a los trabajadores que perciben salarios mayores de 400 colones mensuales, aunque se exceptúan de esta disposición a los trabajadores de los Cantones de Turrialba y Jiménez, de la ciudad de Limón y de los ferrocarriles.

El riesgo de enfermedad abarca la asistencia obstétrica en la casa de la asegurada o en los hospitales o maternidades designadas por los médicos de la Caja, subsidio en dinero igual al 50 por ciento del salario promedio devengado durante los últimos tres meses de trabajo, y asistencia láctea a los hijos de las aseguradas que se encuentren imposibilitadas para amamantar a sus hijos.

En la Gaceta Oficial de Costa Rica del 30 de mayo y primero de junio de 1952, se publicaron el decreto 1443 y la Ley Orgánica del Registro Civil que han reformado los artículos relativos al matrimonio, la afiliación, la inscripción de matrimonios, nacimientos y muertes y diferentes artículos relativos a la herencia, del Código Civil de Costa Rica y que dicen relación sobre modificaciones del estado civil en concordancia con los beneficios de la seguridad social.

"DEL CONGRESO DE PANAMA A LA CONFERENCIA DE CARACAS. 1826-1953". Bases del concurso. El señor doctor Luis E. Gómez Ruiz, Ministro de Relaciones Exteriores de Venezuela, al iniciar el ciclo de charlas semanales acerca de la X Conferencia Interamericana, que se reunirá en Caracas el próximo año de 1953, dió las bases del concurso que se realiza con este motivo. Son las siguientes:

- a) El tema y título serán: "DEL CONGRESO DE PANAMA A LA CONFERENCIA DE CARACAS. 1826-1953. El genio de Bolívar a través de la historia de las relaciones interamericanas".
- b) La extensión del trabajo deberá ser no menor de quinientas carillas mecanografiadas, de tamaño 16 × 22 cms., y a doble espacio.
- c) Podrán concurrir todos los escritores de las Repúblicas pertenecientes a la Organización de los Estados Americanos.
- d) El trabajo original deberá ser escrito en uno de los cuatro idiomas oficiales de la Conferencia: español, inglés, francés o portugués.
- e) Se fija como plazo para recibir los originales el día 24 de julio de 1953, natalicio del Libertador.
- f) El Jurado estará integrado por el Ministro de Relaciones

Exteriores de Venezuela, el Presidente de la Academia Nacional de la Historia y el Presidente de la Sociedad Bolivariana de Venezuela.

g) Se establece un premio de TREINTA MIL BOLIVARES (Bs. 30.000), para la obra que designe el Jurado y su autor recibirá trescientos (300) ejemplares de la edición hecha por cuenta del Gobierno de Venezuela.

n) La primera edición del trabajo premiado, no mayor de quince mil ejemplares numerados, será propiedad del Gobierno de Venezuela, el cual podrá distribuirla en la forma que estime conveniente, sin estar obligado al pago de derechos de autor.

i) Los originales deberán ser enviados directamente a la Secretaría General de la Décima Conferencia Interamericana, por correo certificado, a la siguiente Dirección Postal: Apartado 5205, Correos del Este, D. F.—Caracas—Venezuela.

j) El Veredicto del Jurado se proclamará el 12 de octubre de 1953, Día del Descubrimiento.

k) El autor de la obra premiada, será invitado por el Gobierno de Venezuela, como huésped de honor, para los días en que se celebre en Caracas la Décima Conferencia Interamericana.

FUNDACION LUIS MORQUIO. TERCER CONCURSO DE TRABAJOS. Recordamos a los interesados que por las razones expuestas en el NOTICIARIO N° 75, pág. 31 —febrero de 1952— el Comité Administrador de la Fundación Luis Morquio resolvió hacer un nuevo llamado a concurso de trabajos con el mismo reglamento y el mismo tema “Fiebre Reumática en el Niño”, señalando como plazo para la presentación de escritos, el día 31 de enero de 1953, a las 12 horas.

El Reglamento a que hacemos referencia se publicó en nuestro Boletín, tomo XXIV, pág. 383 y siguiente.

Por más informes dirigirse a la Secretaría de la FUNDACION, Avda. 18 de Julio 1648, 3er. piso. Montevideo.

Índice general por autores, materias y países⁽¹⁾

TOMO XXVI

A

ABALLI, Angel Arturo

Homenaje al profesor Aballí. Nuestro Instituto envía una placa de bronce a La Habana. Bol.: 464.

La placa de bronce enviada por el INSTITUTO. En el momento de descubrir la placa, de izquierda a derecha, Prof. Dr. Agustín Castellanos, Contraalmirante Rivera Travieso, Prof. Dr. Víctor Escardó y Anaya, Prof. Dr. Félix Hurtado. Retrato. Bol.: 466.

ABENTE HAEDO, Fernando

Delegados actuales ante el INSTITUTO: Fernando Abente Hae-
do. (Paraguay). Retrato. Bol.: XI

ADOLESCENCIA

Aumento en el número de jóvenes trabajadores. Estados Unidos de América. Not.: 72.

Un centro médico ofrece servicios para adolescentes. Boston. Es-
tados Unidos de América. Not.: 56.

Cruz Roja de la Juventud. Medellín. Colombia. Not.: 69.

Un típico centro de "Acción Juvenil". Waukegan. Estados Uni-
dos de América. Not.: 57.

Sección libros y revistas:

Psicología del niño y del adolescente. Por Carbonell-Louzán.
Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 145.

AGRICULTURA

Cursos para los clubes de niños agrarios. Uruguay. Not.: 45.

AIRE LIBRE

Campamento internacional de niños en Ohio. Estados Unidos de
América. Bol.: 290.

(1) A fin de facilitar la encuadernación de la revista de modo que pri-
meramente se ordenen los cuatro números del BOLETIN, y a continuación los
ocho números del NOTICLARIO, este Índice General lleva numeración independien-
te de 1 a 56. Los números que llevan los artículos se refieren solamente a
las páginas de aquellas publicaciones sin hacer referencia al número que corres-
ponde a cada ejemplar.

Creación de un parque infantil. Punto Fijo. Venezuela. Not.: 63.
Primera colonia escolar de verano en la República Dominicana.

Boca Chica. Not.: 15.

ALARCON, Alfonso G.

Poliomielitis anterior aguda, parálisis infantil. Enfermedad de Heine Medin. Estudio estadístico, epidemiológico, clínico, profiláctico y terapéutico. Las epidemias del mal en México. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 73.

ALIMENTACION

Campaña de nutrición. Colombia. Not.: 22.

Carne de pescado para los escolares de Santa Tecla. El Salvador. Not.: 103.

I Congreso Internacional de Dietética. Amsterdam. Holanda. Anuncio. Bol.: 70.

Desayuno escolar en escuelas sostenidas por empresas. Bolivia. Not.: 85.

296.000 niños y madres centro americanos beneficiarse de programas de nutrición de UNICEF. Bol.: 153.

Más de 150.000 niños víctimas de la sequía en Brasil reciben leche de UNICEF. Bol.: 149.

UNICEF. Programas de alimentación infantil. Estados Unidos de América. Not.: 10.

AMERICA Véase: PANAMERICANISMO

ANALFABETISMO

Alfabeto quechúa. Bolivia. Not.: 85.

Las escuelas de alfabetización de la FAFH patrocinadas por el Ministerio de Educación Pública. Honduras. Not.: 123.

Lucha contra el analfabetismo. Ecuador. Not.: 119.

ARAÖZ ALFARO, Gregorio

Consejo Directivo del INSTITUTO. Doctor Gregorio Aráoz Alfaro. Presidente. (Delegado de Argentina). Retrato. Bol.: IV.

Discurso del doctor Gregorio Aráoz Alfaro con motivo de lamemoración del 25º aniversario del INSTITUTO. Bol.: 164.
En el XXV aniversario. Bol.: 85.

El doctor Gregorio Aráoz Alfaro fué designado Presidente de Honor de la Unión Internacional de Protección a la Infancia. Bol.: 289.

Premio profesor doctor Aráoz Alfaro. Argentina. Not.: 4.

Sección libros y revistas:

Semblanzas y apologías de grandes médicos. 2ª serie. por Gregorio Aráoz Alfaro. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 474.
Soins maternels et santé mentale. Por J. Bowlby. Comentario por Gregorio Aráoz Alfaro. Bol.: 285.

ANDRADE MARIN, Carlos

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Ecuador. (Retrato).
Bol.: VII.

ARCHILA, Ricardo

Luis Razetti o biografía de la superación. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 476.

ARGENTINA

Asistencia al niño diabético. Not.: 68.

La atención del niño en la República Argentina. Por Pedro Rueda. Bol.: 10.

Ayuda social a la niñez. Santa Fe. Not.: 1.

Centros sanitarios para niños afectados por la toxicosis. Misiones. Not.: 18.

Comité Permanente Pro Rehabilitación del Inválido. Buenos Aires. Not.: 2.

Congreso Latino-americano de Obstetricia y Ginecología y VIII Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. Buenos Aires. Anuncio y temas. Bol.: 142.

I Congreso Médico, Pedagógico y Social de la Infancia. Buenos Aires. Anuncio y temas. Bol.: 281.

Consejo Directivo del INSTITUTO. Doctor Gregorio Aráoz Alfaro. Presidente. (Delegado de Argentina). Retrato. Bol.: IV.

Consultorio de neurología, psicología y psiquiatría infantil en el Policlínico Rawson Buenos Aires. Not.: 17.

Contribución al tema "Mortalidad al nacimiento y medios de reducirla". Por Francisco J. Menchaca. Bol.: 131.

Coordinación de la lucha contra el reumatismo infantil. Not.: 2.

VI Curso de especialización, en enfermedad de Heine Medin, para médicos. Buenos Aires. Not.: 118.

VI Curso de Perfeccionamiento en tisiología. Córdoba. Not.: 84.

El deporte y su relación con la parálisis infantil. Not.: 51.

Dirección de Biopatología de la mujer que trabaja. Buenos Aires. Not.: 17.

Director de la Protección a la Primera Infancia. (Doctor Saúl I. Bettinotti) Not.: 2.

Discurso del doctor Gregorio Aráoz Alfaro con motivo de la conmemoración del 25º aniversario del INSTITUTO. Bol.: 164.

El doctor Gregorio Aráoz Alfaro fué designado Presidente de Honor de la Unión Internacional de Protección a la Infancia. Bol.: 289.

En el XXV Aniversario. Por Gregorio Aráoz Alfaro. Bol.: 85.

Estudiarán dos facultativos, en Estados Unidos de América, la salud de la madre y el niño. Not.: 98.

Hospital gratuito para niños. Rosario. Not.: 33.

Inauguración de una escuela de nurses. Córdoba. Not.: 51.

Inmunización antídiftérica. Santa Fe. Not.: 2.

Instituto de Rehabilitación del Inválido. Adrogué. Not.: 33.

IV Jornada de la Sociedad Argentina de Pediatría. Mar del Plata. Anuncio. Bol.: 470.

III Jornadas Pediátricas Argentinas. Tucumán. Not.: 1.

II Jornadas Sanitarias de Higiene Materno-Infantil. Santa Fe. Recomendaciones. Bol.: 60.

Mejoras en la enseñanza. Not.: 114.

Nuevas Comisiones Directivas de Sociedades de Pediatría. Not.: 97.

Nuevas Instituciones de protección materno-infantil. Not.: 113.

Nuevas sociedades pediátricas. San Juan y Rosario. (Santa Fe). Not.: 68.

Nuevos centros asistenciales. Not.: 84.

Nuevos centros de asistencia materno-infantil. Provincia de Buenos Aires. Not.: 3.

Premio profesor doctor Aráoz Alfaro. Not.: 4.

Protección de la salud de la mujer que trabaja. Not.: 52.

Sala de niños del personal femenino. Buenos Aires. Not.: 3.

La salud de los escolares. Buenos Aires. Not.: 19.

Sección libros y revistas:

Semblanzas y apologías de grandes médicos. 2^a serie. Por Gregorio Aráoz Alfaro. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 474.

Se instalarán juegos infantiles en el hospital de niños. Not.: 113.

Servicio de asistencia al niño en Rosario. Not.: 18.

Servicio Municipal de Cirugía del Recién Nacido y Lactantes. Buenos Aires. Not.: 97.

Servicio Municipal de Sanidad Infantil. Not.: 84.

Servicio Nacional de Medicina Infantil. Not.: 83.

Servicios contra enfermedades cardiovasculares y reumatismo infantil. Not.: 18.

ARTE

Arte para los niños. Arlington, Virginia. Estados Unidos de América. Not.: 56.

Formación estética del niño en el Distrito Federal. Brasil. Not.: 99.

Programa de arte escolar internacional. Estados Unidos de América. Not.: 122.

ASISTENCIA

Ampliación de las obras de asistencia materno-infantil. Brasil. Not.: 116.

Asistencia al niño diabético. Buenos Aires. Not.: 68.

Asistencia a la madre y al niño en el "Refugio Santa Luisa de ..Marillac". Medellín, Colombia. Not.: 22.

Asistencia en las zonas bahianas perjudicadas por las secas. Brasil. Not.: 99.

Asistencia internacional a la infancia. UNICEF en América Latina. Por Manuel Salcedo F. Bol.: 17.

Asistencia maternal e infantil en Pernambuco. Brasil. Not.: 85.

Asistencia pública. Estados Unidos de América. Bol.: 291.

Asistencia social de menores. Puno. Perú. Not.: 44.

El Centro Maternal e Infantil de la Cruz Roja boliviana asiste a 5.000 niños. Not.: 115.

Un centro médico ofrece servicios para adolescentes. Boston. Estados Unidos de América. Not.: 56.

Director del programa de asistencia materno-infantil. (Doctor Juan Carlos Andersen). Paraguay. Not.: 77.

Mayor asistencia para los niños lisiados. Estados Unidos de América. Not.: 55.

Nuevas instituciones de protección materno-infantil. Rosario y Veinticinco de Mayo. Not.: 113.

Nuevos centros asistenciales. Argentina. Not.: 84.

Nuevos centros de asistencia materno-infantil. Provincia de Buenos Aires. Not.: 3.

Sección libros y revistas:

Assistência à infância. Por Gustavo Lessa. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 286.

Servicio de asistencia de Rosario. Argentina. Not.: 83.

Servicio Nacional de Medicina Infantil. Argentina. Not.: 83.

B

B C G Véase: TUBERCULOSIS

BAUZA, Julio A.

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Uruguay. Retrato. Bol.: XII.

Mortalidad peri-natal y mortalidad infantil en el Uruguay. Bol.: 27.

Situación de la infancia en el Uruguay. (Informe presentado a la Reunión de delegados técnicos en Montevideo). Bol.: 240.

BEJARANO, Jorge

Nuevos capítulos sobre el cocaísmo en Colombia. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 475.

BERRO, Roberto

Al cumplir 25 años. Bol.: 88.

Directores Generales del INSTITUTO. Doctor Luis Morquio (1927-1935). Doctor Roberto Berro. (Desde 1935). Retratos. Bol.: III.

Discurso del doctor Roberto Berro con motivo de la conmemoración del 25º aniversario del INSTITUTO. Bol.: 162.

Un grato acontecimiento. El profesor Emilio Fournié cumple 80 años. Bol.: 7.

Sección libros y revistas:

Assistência à infância. Por Gustavo Lessa. Bol.: 286.

Finlay. Por César Rodríguez Expósito. Bol.: 72.

Luis Razetti o biografía de la superación. Por Ricardo Archila. Bol.: 476.

Nuevos capítulos sobre el cocaísmo en Colombia. Por Jorge Bejarano. Bol.: 475.

El prematuro. Por José Obes Polleri. Bol.: 144.

Semblanzas y apologías de grandes médicos. 2ª serie. Por Gregorio Aráoz Alfaro. Bol.: 474.

Tratado comparado de seguridad social. Por Carlos Martí Buffill. Bol.: 473.

BETTINOTTI, Saúl I.

Director de la Protección a la Primera Infancia. Argentina. Not.: 2.

BIBLIOTECAS

Biblioteca ambulante para la urbanización "Delgado Chalbaud". Venezuela. Not.: 96.

Biblioteca infantil "Carlos Alberto". Rio de Janeiro. Brasil. Not.: 5.

Biblioteca infantil internacional. Nueva York. Estados Unidos de América. Not.: 92.

La Biblioteca Pública del INSTITUTO agradece donaciones. Montevideo. Not.: 83.

Bibliotecas ambulantes. Venezuela. Not.: 111.

BIOGRAFIAS. Véase además: HOMENAJES Y NECROLOGIA.

Sección libros y revistas:

Finlay. Por César Rodríguez Expósito. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 72.

Luis Razetti o biografía de la superación. Por Ricardo Archila. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 476.

Semblanzas y apologías de grandes médicos. 2ª Serie. Por Gregorio Aráoz Alfaro. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 474.

BIOTIPOLOGIA

Dirección Biotipología de la Mujer que trabaja. Buenos Aires, Argentina. Not.: 17.

BOLIVIA

Alfabeto quechúa. Not.: 85.

El Centro Maternal e Infantil de la Cruz Roja Boliviana asiste a 5.000 niños. Not.: 115.

Centros escolares y labor indigenista en Tiahuanacu, Copacabana y Villa Dolores. Not.: 98.

Creación del Ministerio de Asuntos Campesinos. Bol.: 479.

Desayuno escolar en escuelas sostenidas por empresas. Not.: 85.

Educación fundamental. Not.: 34.

Programa de ayuda alimenticia para niños y madres embarazadas. Not.: 98.

La seguridad social relativa a la maternidad. Not.: 52.

Trabajo indígena en Bolivia. Not.: 4.

Vivienda experimental. Not.: 34.

BOSCH, MARIN, Juan

El hospital infantil y maternal en España. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 74.

La puericultura del lactante en España. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 75.

BOWLBY, John

Soins maternels et santé mentale. Comentario por Gregorio Aráoz Alfaro. Bol.: 285.

BRASIL

Ampliación de las obras de Asistencia Materno-Infantil. Not.: 116.

Asistencia en las zonas bahianas perjudicadas por las secas. Not.: 99.

Asistencia maternal e infantil en Pernambuco. Not.: 85.

Asociaciones de protección a la maternidad y a la infancia. Not.: 99.

Biblioteca infantil "Carlos Alberto". Río de Janeiro. Not.: 5.

Centro Panamericano Antiaftosa. São Bento. Not.: 5.

Club Internacional de Cirujanos para Niños. Not.: 53.

V Conferencia Regional de la Oficina Internacional del Trabajo. Río de Janeiro. Anuncio. Bol.: 66.

II Congreso Americano de Medicina del Trabajo. Río de Janeiro. Anuncio y temas. Bol.: 282.

Consejeros Honorarios del INSTITUTO: doctor Olimpio Olinto de Oliveira (Brasil). Señorita Katharine F. Lenroot. (Estados Unidos de América). Retratos. Bol.: V.

Cooperativas escolares. Bahía. Not.: 4

Decrece la mortalidad infantil en el Distrito Federal en el Brasil. Not.: 87.

Delegados actuales del Brasil ante el INSTITUTO. (Doctor Walter Jobim y doctor Joaquim Martagão Gesteira). Retratos. Bol.: VI.

Fondo Internacional de Socorro a la Infancia. Not.: 20.

Formación estética del niño en el Distrito Federal. Not.: 99.

Fué designado Vicepresidente del Consejo Directivo del INSTITUTO el Prof. Dr. Joaquim Martagão Gesteira. Not.: 66.

Informe do delegado técnico do Brasil, profesor Joaquim Martagão Gesteira. Bol.: 177.

VI Jornada Brasileña de Puericultura y Pediatría. Belo Horizonte. Anuncio y temas. Bol.: 142.

Más de 150.000 niños víctimas de la sequía en Brasil reciben leche de UNICEF. Bol.: 149.

Maternidad de San Pablo. Not.: 34.

Maternidad Nuestra Señora de la Gloria. Not.: 4.

Premio Nestlé de pediatría y puericultura. Not.: 88.

Protección a la maternidad. Not.: 86.

La protección a la maternidad y a la infancia en el Nordeste del Brasil. Not.: 68.

Puesto de puericultura en el Barrio Renacimiento, en Belo Horizonte. Not.: 19.

Puesto de puericultura "Miguel Couto". Pedro de Toledo. Not.: 21.

Reunión Regional de Delegados Técnicos en Montevideo. (Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay). Not.: 66 y Bol.: 175.

Sección libros y revistas:

Anais da III Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria. Volume I. Puericultura Social. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 75.

Assistência à infância. Por Gustavo Lessa. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 286.

Servicio de vacunación BCG de la Fundación Ataulpho de Paiva para los recién nacidos. Not.: 20.

Sociedad Brasileña de Pediatría. Río de Janeiro. Cambio de autoridades. Not.: 68.

Sociedad Mineira de Pediatría. Belo Horizonte. Cambio de autoridades. Not.: 87.

Sociedad Pernambucana de Tocoginecología. Not.: 88.

Vacuna B. C. G. Not.: 86.

C

CADENA, Hersilia Camacho de

El problema del niño abandonado. El Consejo del Niño en el Uruguay. Bol.: 295.

CAMPAMENTOS

Campamento internacional de niños en Ohio. Estados Unidos de América. Bol.: 290.

Nuevos campamentos para muchachos. Petare. Venezuela. Not.: 16.

CARBONELL-LOUZAN

Psicología del niño y del adolescente. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 145.

CARRILLO, Manuela Aracelly

Protección a la Infancia en el Uruguay. Bol.: 419.

CASTILLO, Delia de León de

y Jilma GRIMALDO de Prada

Comentarios sobre algunos temas desarrollados en el Seminario verificado en el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Bol.: 428.

CENDAN ALFONSO, Juan E.

Cambios de delegados del INSTITUTO. Nicaragua. Bol.: 59.

CENTROS DE PROTECCION INFANTIL

Asistencia a la madre y al niño en el "Refugio Santa Luisa de Marillac". Medellín. Colombia. Not.: 22.

Centro de observación de menores "El Redentor". Bogotá. Not.: 116.

Centro de medicina preventiva escolar de Lima. Perú. Not.: 109.

El centro maternal e infantil de la Cruz Roja Boliviana asiste a 5.000 niños. Not.: 115.

Centro materno-infantil "Gral. Maximino Avila Camacho". Tacubaya. México. Not. 28.

Centros regionales para la curación de niños con corazones deformes. Estados Unidos de América. Not.: 24.

Centros sanitarios para niños afectados por la toxicosis. Misiones. Argentina. Not.: 18.

Colonia hogar "Carmania". Venezuela. Not.: 32.

Construcción de un internado para niños. Maracaibo. Venezuela. Not.: 63.

Donación de camas para hogares infantiles. Chile. Not.: 54.

Nuevas instituciones de protección materno-infantil. Rosario y Veinticinco de Mayo. Argentina. Not.: 113.

Nuevos centros asistenciales. Argentina. Not.: 84.

Nuevos centros de asistencia materno-infantil. Provincia de Buenos Aires. Argentina. Not.: 3.

Obras de protección a la Infancia inauguradas de enero a octubre de 1951. Venezuela. 46.

Los preventorios infantiles de la Cruz Roja Chilena. Not.: 119.

Puesto de puericultura "Miguel Couto". Pedro de Toledo. Brasil. Not.: 21.

Puesto de puericultura en el Barrio Renacimiento, en Belo Horizonte. Brasil. Not.: 19.

Servicio de asistencia al niño de Rosario. Argentina. Not.: 18.

CERISOLA, Pedro.

Delegados actuales ante el INSTITUTO. México. Retrato. Bol.: IX.

CINEMATOGRAFIA

Influencia del cine, la radio y la televisión en los escolares.
Milwaukee. Estados Unidos de América. Not.: 40.

Sección libros y revistas:

Los grupos móviles de cine y radio en la educación fundamental. Film Centre de Londres. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 78.

CIRUGIA

Servicio Municipal de Cirugía de recién nacidos y lactantes. Buenos Aires. Argentina. Not.: 97.

Sociedad Colombiana de Puericultura y Cirugía Infantil "José Ignacio Barberi". Nuevas autoridades. Colombia. Not.: 36.

COFIÑO, Ernesto

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Guatemala. Retrato. Bol.: IX.

COLOCACION FAMILIAR

Los sistemas de colocación familiar, adopción y legitimación adoptiva en el Uruguay. Por Carlos Humberto Páez. Bol.: 366.

COLOMBIA

Asistencia a la madre y al niño en el "Refugio Santa Luisa de Marillac" Medellín. Not.: 22.

Campaña de nutrición. Not.: 22.

Centro de observación de menores "El Redentor". Bogotá. Not.: 116.

Centro Interamericano Experimental y de adiestramiento en vivienda. Bogotá. Not.: 6.

I Convención Nacional de la Cruz Roja Colombiana. Conclusiones aprobadas. Bol.: 64.

Cooperativa escolar. Tunja. Not.: 53.

Cruz Roja de la Juventud. Medellín. Not.: 69.

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Doctor Héctor Pedraza, Bol.: VI.

Escolaridad obligatoria para los hijos de empleados industriales y comerciales. Not.: 117.

Instituto Popular de Cultura. Bogotá. Not.: 117.

II Jornadas Pediátricas Colombianas. Medellín. Temas. Bol.: 141. **La lucha contra la mortalidad infantil y los bancos de leche.** Not.: 21.

Presupuesto escolar. Not.: 100.

El problema del niño abandonado. El Consejo del Niño en el Uruguay. Por Hersilia Camacho de Cadena. Bol.: 295.

Sección libros y revistas:

Nuevos capítulos sobre el cocaísmo en Colombia. Por Jorge Bejarano. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 475.

Los Seminarios Nacionales de Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Perú, República Dominicana y Venezuela. Conclusiones y Recomendaciones. Bol.: 434.

Sociedad Colombiana de Puericultura y Cirugía Infantil "José Ignacio Barberi". Nuevas autoridades. Not.: 36.

COLONIAS

Colonia hogar "Carmania". Venezuela. Not.: 32.

Primera colonia escolar de verano en la República Dominicana. Boca Chica. Not.: 15.

Reapertura de las colonias infantiles de Los Leones. Panamá. Not.: 77.

CONFERENCIAS Y CONGRESOS

Sección conferencias y congresos: Bol.: 60; 141; 280; 470.

SOBRE ALIMENTACION

I Congreso Internacional de Dietética. Amsterdam, Países Bajos. 7-12 de julio, 1952. Anuncio. Bol.: 70.

SOBRE COOPERATIVISMO

II Congreso Nacional de Cooperativismo. Guatemala. Not.: 74.

SOBRE CRUZ ROJA

I Convención Nacional de la Cruz Roja Colombiana. Medellín, 7-9 de junio de 1951. Conclusiones aprobadas. Bol.: 64.

SOBRE DELINCUENCIA

Sesión Panamericana Preparatoria del III Congreso International de Defensa Social. Caracas. Not.: 112.

SOBRE ENSEÑANZA PREESCOLAR

Congreso de Educación Preescolar. México. 11-17 de agosto, 1952. Anuncio y temas. Bol.: 151.

SOBRE ENSEÑANZA PRIMARIA

Congreso de Inspectores de la Enseñanza Primaria. Montevideo. Not.: 80.

SOBRE GINECOLOGIA

I Congreso Latino-American de Obstetricia y Ginecología y VIII Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. Buenos Aires, Argentina. 26-31 de octubre, 1952. Anuncio y temas. Bol.: 142.

SOBRE HIGIENE

I Congreso Interamericano de Sanidad Pública. La Habana, Cuba. Not.: 118.

Congreso Nacional de Higiene Escolar. La Habana, Cuba. Temas. Not.: 37.

II Jornadas Sanitarias de Higiene Materno-Infantil. Santa Fe, Argentina. 17-19 de octubre, 1951. Recomendaciones. Bol.: 60.

SOBRE MEDICINA

II Congreso Americano de Medicina del Trabajo. Río de Janeiro, Brasil. 20-28 de setiembre, 1952. Anuncio y temas. Bol.: 282.

SOBRE MEDICINA SOCIAL

I Congreso Médico, Pedagógico y Social de la Infancia. Buenos Aires, Argentina. 17 de setiembre, 1952. Anuncio y temas. Bol.: 281.

SOBRE NIPIOLOGIA

VI Congreso Nacional de Nipología y II Jornada International Nipiológica. Torino, Italia. 2-5 de junio, 1951. Crónica. Bol.: 67.

SOBRE OBSTETRICIA

I Congreso Latino-Americanano de Obstetricia y Ginecología y VIII Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. Buenos Aires, Argentina. 26-31 de octubre, 1952. Anuncio y temas. Bol.: 142.

SOBRE ODONTOLOGIA

I Congreso Panamericano de Sociedades Odontológicas y Congreso Dental Latinoamericano. La Habana, Cuba. Not.: 7.

I Convención de Odontología Infantil. Ciudad Trujillo, República Dominicana. Not.: 45.

SOBRE PEDAGOGIA

I Congreso Médico, Pedagógico y Social de la Infancia. Buenos Aires, Argentina. 15 de setiembre de 1952. Anuncio y temario. Bol.: 281.

SOBRE PEDIATRIA

I Congreso Centroamericano de Pediatría. San José, Costa Rica. 5-8 de diciembre de 1952. Anuncio y temas. Bol. 470.

VI Congreso Chileno de Pediatría. Santiago, Chile. 23-25 de octubre, 1952. Anuncio y temas. Bol.: 284.

VIII Congreso Español de Pediatría. Barcelona, España. 19-24 de octubre, 1952. Anuncio y temas. Bol.: 283.

I Congreso Médico, Pedagógico y Social de la Infancia. Buenos Aires, Argentina. 15 de setiembre, de 1952. Anuncio y temas. Bol.: 281.

IV Congreso Nacional de Pediatría. San Luis de Potosí, México. Mayo, 1952. Anuncio. Not.: 13. Temas. Not.: 59.

VI Jornada Brasileña de Puericultura y Pediatría. Belo Horizonte, Brasil. 21-27 de setiembre, 1952. Anuncio y temas. Bol.: 142.

IV Jornada de la Sociedad Argentina de Pediatría. Mar del Plata, 26-28 de marzo de 1953. Anuncio. Bol.: 470.

Jornada Pediátrica de Santa Clara. Cuba. Temas. Not.: 36.

Primeras Jornadas de Pediatría. Ecuador. 18 de setiembre, 1952. Anuncio. Bol.: 281.

III Jornadas Pediátricas Argentinas. Tucumán. Mayo de 1952. Anuncio y temas. Not.: 1.

II Jornadas Pediátricas Colombianas. Medellín. Julio de 1952. Anuncio y temas. Bol.: 141.

Jornadas Pediátricas Internacionales de Tacna. Perú. 22-26 de julio, 1952. Anuncio y temas. Not. 78.

Sección libros y revistas:

Anais da III Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria. Volume I. Puericultura social. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 75.

SOBRE PREVISION SOCIAL

II Conferencia Nacional de Seguridad. Montevideo. 12 de mayo, 1952. Anuncio y temas. Not.: 61.

SOBRE PROSTITUCION

XIX Congreso Internacional Abolicionista. París, Francia. 18-21 de mayo de 1953. Anuncio y temas. Bol.: 472.

SOBRE PROTECCION A LA INFANCIA

Los Congresos Panamericanos del Niño. Bol.: 118.

Tercera Reunión Regional de Delegados Técnicos en México. 3-6 de noviembre, 1952. Bol.: 460.

SOBRE PUERICULTURA

II Congreso Nacional del Niño. San Salvador, El Salvador. 10 de mayo de 1953. Anuncio y temas. Bol.: 471.

VI Jornada Brasileña de Puericultura y Pediatría. Belo Horizonte, Brasil. 21-27 de agosto de 1952. Anuncio y temas. Bol.: 142.

Sección libros y revistas:

Anais da III Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria. Volume I. Puericultura social. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 75.

SOBRE SALUD PUBLICA

I Congreso Interamericano de Sanidad Pública. Habana, Cuba. Temas. Not.: 118.

SOBRE SERVICIO SOCIAL

III Congreso Panamericano de Servicio Social. México, D. F. Programa. Su suspensión. Not.: 42.

SOBRE TRABAJO

V Conferencia Regional de la Oficina Internacional del Trabajo. Río de Janeiro, Brasil. 17-30 de abril de 1952. Anuncio. Bol.: 66.

II Congreso Americano de Medicina del Trabajo. Río de Ja-

neiro, Brasil. Anuncio y temas. 20-28 de setiembre de 1952.
Bol.: 282.

COOPERATIVISMO

II Congreso Nacional de Cooperativas. Guatemala. Not.: 74.
La cooperativa y la escuela. Costa Rica. Not.: 118.
Cooperativa escolar. Tunja. Colombia. Not.: 53.
Cooperativas escolares. Bahía. Brasil. Not.: 4.

CORZANO ARGINIEGA, Alfredo

Cunas maternales. Relaciones de las cunas maternales con los niños, con la familia y con la comunidad. Normas generales para su funcionamiento. Bol.: 372.

COSTA RICA

Algunas observaciones de la División Primera Infancia, por Aída Fernández de Troyo. Bol.: 408.
Asociación Costarricense de Pediatría. Su fundación. Not.: 69.
Breves apuntes de nuestra labor social. Recuerdo del Seminario. Por Elba Ruiz Soto. Bol.: 416.
I Congreso Centroamericano de Pediatría. San José, Costa Rica, 5-8 de diciembre de 1952. Anuncio y Temas. Bol.: 470.
La Cooperativa y la escuela. Not.: 118.
Curso de "Salud materno-infantil". Not.: 89.
Delegados actuales de Costa Rica ante el INSTITUTO. Doctor Carlos Sáenz Herrera y profesor Emilio Verdesio. Retratos. Bol.: VI.
296.000 niños y madres centroamericanos beneficiarse de programas de nutrición de UNICEF. Bol.: 153.
Educación. Not.: 36.
Reglamento de los riesgos de enfermedad y maternidad. Bol.: 479.
Semana del Niño Costarricense. Not.: 100.
Sociedad Costarricense de Pediatría, San José. Not.: 7.

CRUZ ROJA

El Centro Maternal e Infantil de la Cruz Roja Boliviana asiste a 5.000 niños. Not.: 115.
I Convención Nacional Cruz Roja Colombiana. Conclusiones aprobadas. Bol.: 64.
Cruz Roja de la Juventud. Medellín. Colombia. Not.: 69.
Cruz Roja Ecuatoriana. Not.: 71.
Cruz Roja Uruguaya. Cambio de autoridades. Not.: 79.
Donación de camas para hogares infantiles. Chile. Not.: 54.
Fondo Nacional de la Cruz Roja de la Juventud. Venezuela. Not.: 111.
Los preventorios infantiles de la Cruz Roja Chilena. Not.: 119.

CUBA

La Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa del Uruguay. Por Elena Moure. Bol.: 321.

I Congreso Interamericano de Sanidad Pública. Habana. Not.: 118.

Congreso Nacional de Higiene Escolar. La Habana. Temas. Not.: 37.

I Congreso Panamericano de Sociedades Odontológicas y Congreso Dental Latinoamericanos. La Habana. Not.: 7.

Convención de los Profesionales de higiene escolar de la Provincia de las Villas. Not.: 23.

Delegados actuales de Cuba ante el INSTITUTO. Doctores Félix Hurtado y María Luisa Saldún de Rodríguez). Bol.: VII.

Edificio de pediatría. Santa Clara. Not.: 90.

Enseñanza sobre las Naciones Unidas en las escuelas cubanas. Not.: 89.

Homenaje al profesor Aballí. Nuestro Instituto envía una placa de bronce a La Habana. Bol.: 464.

Iniciativas recientes relativas a la enseñanza. Not.: 102.

Jornada Pediátrica de Santa Clara. Temas. Not.: 36.

Patronato de Servicio Social. Not.: 70.

La placa de bronce enviada por el INSTITUTO. En el momento de descubrir la placa, de izquierda a derecha, Prof. Dr. Agustín Castellanos, Contraalmirante Rivera Travieso, Prof. Dr. Víctor Escardó y Anaya, Prof. Dr. Félix Hurtado. Retrato. Bol.: 466.

Sección libros y revistas:

Finlay. Por César Rodríguez Expósito. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 72.

Los Seminarios Nacionales de Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Perú, República Dominicana y Venezuela. Conclusiones y recomendaciones. Bol.: 434 y 436.

Segundo premio Nestlé de Pediatría y Puericultura. Not.: 70.

Sociedad Cubana de Odontología Infantil. Cambio de autoridades. Not.: 53.

Sociedad Cubana de Pediatría. Cambio de autoridades. Not.: 8.

Tercera Reunión Regional de Delegados Técnicos en México. Bol.: 460.

CH

CHILE

Clubes panamericanos. Tocopilla. Not. 8.

VI Congreso Chileno de Pediatría. Santiago. Bol.: 284.

Delegados actuales de Chile ante el INSTITUTO. Doctores Guillermo Beltrami y Enrique Gajardo V. Bol.: VII.

Donación de camas para hogares infantiles. Not.: 54.

Las escuelas de Servicio Social de las Américas y sus programas en relación con la protección de la familia y del niño. Por Inés Pedraza de Leiva. Bol.: 350.

Premio Nestlé de Pediatría y Puericultura. Not.: 37.

Los preventorios infantiles de la Cruz Roja Chilena. Not.: 119.

Reunión Regional de delegados técnicos del INSTITUTO. Montevideo. Not.: 66. y Bol.: 175.

Los Seminarios Nacionales de Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Perú, República Dominicana y Venezuela. Conclusiones y recomendaciones. Bol.: 434 y 448.

Situación actual de la niñez en Chile. Por Guillermo Morales Beltrami. Bol.: 205.

Sociedad Chilena de Pediatría. Cambio de autoridades. Not.: 90.

Vacunación difteria pertusis. Prov. Santiago Not.: 102.

D

DECANIO, D., Rogelio

Casas-cunas. Generalidades. Su función médico social. Bol.: 402.

DELINCUENCIA

Sesión panamericana preparatoria del III Congreso International de Defensa Social. Caracas, Venezuela. Not.: 112.

DEMOGRAFIA

Aumento de la población de niños menores de 15 años. Estados Unidos de América. Not.: 121.

Decrece la mortalidad infantil en el Distrito Federal en el Brasil. Not.: 87.

Mortalidad en los niños. Estados Unidos de América. Not.: 27.

Mortalidad por poliomielitis. México. Not.: 12.

DIFTERIA

Inmunización antidifláctica. Santa Fe, Argentina. Not.: 2.

Vacunación difteria pertusis. Provincia Santiago, Chile. Not.: 102.

E

ECUADOR

Campaña contra las enfermedades venéreas. Not.: 38.

Campañas higiénicas y sanitarias. Not.: 119.

Cincuentenario de las escuelas normales. Quito. Not.: 8.

Club Municipal de Niños. Quito. Not.: 210.
Cruz Roja Ecuatoriana. Not.: 71.
Delegado actual del Ecuador ante el INSTITUTO. (Doctor Carlos Andrade Marín). Retrato. Bol.: VII.
Enseñanza de la lengua materna. Not.: 71.
Primeras Jornadas de Pediatría. Bol.: 282.
Lucha contra el analfabetismo. Not.: 119.
Moderno hospital de niños. Guayaquil. Not.: 90.
Los Seminarios Nacionales de Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Perú, República Dominicana y Venezuela. Conclusiones y recomendaciones. Bol.: 434, y 451.
Servicio ambulante rural de extensión cultural. Quito. Not.: 103.
Los sistemas de colocación familiar, adopción y legitimación adoptiva en el Uruguay. Por Carlos Humberto Páez. Bol.: 366.

EDIFICACION ESCOLAR

Plan nacional de edificaciones escolares. Venezuela. Not.: 96.
Se construirán 299 salones de clase en Puerto Rico. Not.: 73.

EDUCACION ARTISTICA

Concierto para niños. Ciudad Trujillo. República Dominicana. Not.: 15.
Formación estética del niño en el Distrito Federal. Brasil. Not. 99.
Programa de arte escolar internacional. Estados Unidos de América. Not.: 122.

EDUCACION FAMILIAR

Asociaciones de padres y maestros. Estados Unidos de América. Not.: 91.
Charlas para madres. México. Not.: 107.

EDUCACION POPULAR

Instituto Popular de Cultura. Colombia. Not.: 117.

EDUCACION RURAL

Centro Interamericano para la formación de maestros rurales establecerá la OEA en Venezuela. Not.: 127.
Concentración de maestros rurales. Comayagüela. Honduras. Not.: 123.
Método de la escuela rural. Guatemala. Not.: 10.
Servicio ambulante rural de extensión cultural. Quito. Not.: 103.

ELIOT, Martha M.

Cambios de Delegados del INSTITUTO. (Estados Unidos de América). Bol.: 59.
Delegados actuales ante el INSTITUTO. (Estados Unidos de América). Retrato. Bol.: VIII.
La doctora Martha M. Eliot recibe un premio. Estados Unidos de América. Bol.: 84.

EL SALVADOR

Carne de pescado para los escolares de Santa Tecla. Not.: 103.
Ciudad de los niños. Santa Ana. Not.: 71.
II Congreso Nacional del Niño. San Salvador, El Salvador. Anuncio y temas. Bol.: 471.
Creación de escuelas nuevas. Not.: 104.
Delegados actuales de El Salvador ante el INSTITUTO. Doctores Marco Tulio Magaña y Walter Piaggio Garzón. Retratos. Bol.: VIII.
296.000 niños y madres centroamericanas beneficiáñense de programas de nutrición de UNICEF. Bol.: 153.
La enseñanza en El Salvador. Not.: 38.
Monumento a la madre. Not.: 120.
Protección a la infancia en el Uruguay. Por Manuela Aracelly Carrillo. Bol.: 419.
Teatro infantil en El Salvador. Not.: 54.

Visión panorámica del Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia. Por Rigoberto Solano Ayala. Bol.: 423.

ENFERMEDAD CARDIACA

Servicios contra enfermedades cardiovasculares y reumatismo infantil. Not.: 18.

ENFERMEDADES CONTAGIOSAS**Sección libros y revistas:**

Finlay. Por César Rodríguez. Expósito. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 72.

Vacunación difteria pertusis. Santiago, Chile. Not.: 102.

ENFERMEDADES VENEREAS

Campaña contra las enfermedades venéreas. Ecuador. Not.: 38.

Programa de lucha de UNICEF contra el pián y la sífilis. Haití. Not.: 11.

ENFERMERAS

Inauguración de una escuela de nurses. Córdoba. Argentina. Not.: 51.

Panamá es recomendado para centro de adiestramiento de enfermeras. Not.: 93.

ENOCHS, Elisabeth Shirley

Delegados actuales de los Estados Unidos de América ante el INSTITUTO. Retrato. Bol.: VIII.

ENSEÑANZA

Alfabeto Quechúa. Bolivia. Not.: 85.

Asociaciones de padres y maestros. Estados Unidos de América. Not.: 91.

Centro de reeducación. Estados Unidos de América. Not.: 26.

Club Municipal de Niños. Quito, Ecuador. Not.: 120.
Cooperativa escolar. Tunja, Colombia. Not.: 53.
VI curso de especialización, en enfermedad de Heine Medin, para médicos. Buenos Aires. Not.: 113.
Curso de "Salud materno-infantil". Costa Rica. Not.: 89.
Educación fundamental. Bolivia. Not.: 34.
Educación Indígena. Perú. Not.: 60.
Educación para el trabajo social. Estados Unidos de América. Not.: 122.
Enseñanza de la lengua materna. Ecuador. Not.: 71.
Escolaridad obligatoria para los hijos de empleados industriales y oficiales. Colombia. Not.: 117.
Las escuelas de alfabetización de la FAFH patrocinadas por el Ministerio de Educación Pública. Not.: 123.
Formación de profesores de educación comercial. Perú. Not.: 60.
Mejoras en la enseñanza. Argentina. Not.: 114.
Las misiones culturales mexicanas y su programa. México. Not.: 76.
Organismo internacional de primordial importancia se instaló en México. Not.: 123.

Sección libros y revistas:

L'accès des femmes à l'education. UNESCO y Bureau International d'Education. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 478.
L'enseignement de la geographie. UNESCO. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 287.
Los grupos móviles de cine y radio en la educación fundamental. Film Centre de Londres. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 78.
Seminario Interamericano de Educación Vocacional. Maryland, Estados Unidos de América. Bol.: 156.

ENSEÑANZA NORMAL

Cincuentenario de las escuelas normales. Quito, Ecuador. Not.: 8.

ENSEÑANZA PREESCOLAR

Congreso de Educación Preescolar. México. Anuncio y temas. Bol.: 141.

ENSEÑANZA PRIMARIA

Campaña educativa. México. Not.: 108.
Centros escolares y labor indigenista en Tiahuanacu, Copacabana y Villa Dolores. Not.: 98.
Congreso de Inspectores de la Enseñanza Primaria. Montevideo. Not.: 80.
Creación de escuelas nuevas. El Salvador. Not.: 104.
Datos escolares de San Pedro Sula. Honduras. Not.: 107.
Dificultades que tratan la escolaridad obligatoria en Haltí. Not.: 58.
Educación. Costa Rica. Not.: 36.

La educación en el Perú. Not.: 94.
Ensayo de métodos para niños superdotados. Filadelfia. Estados Unidos de América. Not.: 26.
La enseñanza en El Salvador. Not.: 38.
Enseñanza primaria. Perú. Not.: 14.
Enseñanza sobre las Naciones Unidas en las escuelas cubanas. Not.: 89.
Escolaridad obligatoria. Honduras. Not.: 41.
Las escuelas de alfabetización de la FAFH patrocinadas por el Ministerio de Educación Pública. Honduras. Not.: 123.
Escuelas en el Perú. Not.: 30.
Escuelas particulares. Perú. Not.: 110.
Gran número de inscripciones escolares. Estados Unidos de América. Not.: 74.
Influencia del cine, la radio y la televisión en los escolares. Milwaukee, Estados Unidos de América. Not.: 40.
Iniciativas recientes relativas a la enseñanza. Cuba. Not.: 102.
Mejoras en la enseñanza. Argentina. Not.: 114.
Omaha combina exitosamente una escuela y un centro de recreación. Estados Unidos de América. Not.: 23.
Presupuesto escolar. Colombia. Not.: 100.
Problemas de la educación en Panamá. Not.: 44.
Se construirán 299 salones de clase en Puerto Rico. Not.: 73.
La televisión y la educación. Estados Unidos de América. Not.: 8.

ESCARDO Y ANAYA, Víctor

Consejo Directivo del INSTITUTO. Doctor Gregorio Aráoz Alfaro. Presidente. (Delegado de Argentina). Doctor Víctor Escardó y Anaya. Secretario. (Delegado de Ecuador). Retratos. Bol.: IV.

Discurso del doctor Víctor Escardó y Anaya con motivo del 25º aniversario del INSTITUTO. Bol.: 166.

Homenaje al profesor Abalí. Discurso del Prof. Dr. Víctor Escardó y Anaya con motivo de la entrega de una placa enviada por nuestro INSTITUTO. Bol.: 465.

En el momento de descubrir la placa, de izquierda a derecha, Prof. Dr. Agustín Castellanos, Contraalmirante Rivera Traviés, Prof. Dr. Víctor Escardó y Anaya, Prof. Dr. Félix Hurtado. Retrato. Bol.: 466.

El Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia 1952. Bol.: 265.

Sección libros y revistas:

Anais da III Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatría. Volume I. Puericultura social. Bol.: 75.

Collected Reprints of the Grantees of the National Founda-

tion for Infantile Paralysis. Vol. X. Bol.: 76.

El hospital infantil y maternal en España. Por Juan Bosch Marín. Bol.: 74.

Infant care. Children's Bureau. Publication N° 8. Bol.: 145.

Manual de pediatría. Por Rogelio H. Valenzuela. Bol.: 77.

Poliomielitis anterior aguda, parálisis infantil. Enfermedad de Heine Medin. Estudio estadístico, epidemiológico, clínico, profiláctico y terapéutico. Las epidemias del mal en México. Por Alfonso G. Alarcón. Bol.: 73.

La puericultura del lactante en España. Por Juan Bosch Marín. Bol.: 75.

Veinticinco años de actuación del Consejo Directivo y de la Dirección General. Bol.: 91.

ESPAÑA

VIII Congreso Español de Pediatría. Barcelona. Bol.: 283.

Premios del concurso científico de la Real Academia de Medicina de Sevilla. Bol.: 292.

Sección libros y revistas:

El hospital infantil y maternal en España. Por Juan Bosch Marín. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 74.

La puericultura del lactante en España. Por Juan Bosch Marín. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 75.

Tratado comparado de seguridad social. Por Carlos Martí Buñol. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 473.

ESTADISTICA

Sección libros y revistas:

Poliomielitis anterior aguda. Parálisis infantil. Enfermedad de Heine Medin. Estudio estadístico, epidemiológico, clínico, profiláctico y terapéutico. Las epidemias del mal en México. Por Alfonso Alarcón. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 73.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Acuerdo con la Organización de los Estados Americanos. Retrato. Bol.: II.

Análisis preventivo en los kindergartens. Not.: 91.

Arte para los niños. Arlington, Virginia. Not.: 56.

Asistencia pública. Bol.: 291.

Asociaciones de padres y maestros. Not.: 91.

Aumento de la población de niños menores de 15 años. Not.: 121.

Aumento en el número de jóvenes trabajadores. Not.: 72.

Banco de ahorros para niños. Cleveland, Ohio. Not.: 104.

Biblioteca infantil internacional. Nueva York. Not.: 92.

Cambios en las principales causas de muerte de los escolares.

Not.: 74.

Campamento internacional de niños en Ohio. Bol.: 290.

Centro de reeducación. Not.: 26.

Un centro médico ofrece servicios para adolescentes. Boston. Not.: 56.

Centros regionales para la curación de niños con corazones deformes. Not. 24.

Consejeros Honorarios del INSTITUTO: doctor Olimpio Olinto de Oliveira. (Brasil). Señorita Katharine F. Lenroot (Estados Unidos de América). Retratos. Bol.: V.

Delegados actuales de los Estados Unidos de América ante el INSTITUTO: doctoras Martha M. Eliot, Elisabeth Shirley Enochs y señor Edward G. Trueblood. Retrato. Bol.: VIII.

Derogaciones a las leyes estatales sobre trabajo de mujeres y menores. Not.: 9.

Día de la salud del niño. Washington. Bol.: 156.

Día nacional de la salud dental del niño. Akron, Ohio. Not.: 40.

Disposiciones especiales en la ayuda a los niños abandonados moral o materialmente bajo guarda del Estado. Not.: 106.

La doctora Martha M. Eliot recibe un premio. Bol.: 84.

Educación para el trabajo social. Not.: 122.

Ensayo de métodos para niños superdotados. Filadelfia. Not.: 26.

Escuelas y parques. Not.: 92.

Gran número de Inscripciones escolares. Not.: 74.

Influencia del cine, la radio y la televisión en los escolares. Milwaukee. Not.: 40.

Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Cambio de delegados. Bol.: 59.

Juguetes para prestar. Sacramento, California. Not.: 41.

Lesiones oculares en los niños de edad escolar. Louisville. Not.: 25.

Mayor asistencia para los niños lisiados. Not.: 55.

Mortalidad en los niños. Not.: 27.

Niños lisiados en los Estados Unidos de América. Not.: 121.

Nuevo hospital de niños. Memphis. Not.: 121.

Nupcialidad en los Estados Unidos de América. Not.: 25.

Oficina para los niños lisiados. Not.: 92.

Omaha combina exitosamente una escuela y un centro de recreación. Not.: 23.

Previsión social. Not.: 57.

Programa de arte escolar internacional. Not.: 122.

Programa nacional del niño. Not.: 58.

Sección libros y revistas:

Collected Reprints of the Grantees of the National Foundation for Infantile Paralysis. Vol. X. Comentario por Victor Escardó y Anaya. Bol.: 76.

Infant care. Children's Bureau. Publication № 8. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 145.

Se construirán 299 salones de clase en Puerto Rico. Not.: 73.

Seminario Interamericano de Educación Vocacional. Maryland. Bol.: 156.

Servicios auxiliares. New Jersey. Not.: 105.

La televisión y la educación. Not.: 8.

Tercera Reunión Regional de Delegados Técnicos en México. Bol.: 460.

Un típico centro de "Acción Juvenil". Waukegan. Not.: 57.

UNICEF. Programas de alimentación infantil. Not.: 10.

EUROPA

VIII Congreso Español de Pediatría. Barcelona. Bol.: 283.

XIX Congreso Internacional Abolicionista. París, Francia. Anuncio y temas. Bol.: 472.

I Congreso Internacional de Dietética. Amsterdam, Holanda. Bol.: 70.

VI Congreso Nacional de Nipología y II Jornada Internacional Nipiológica. Torino, Italia. Bol.: 67.

Sección libros y revistas:

L'accès des femmes à l'education. UNESCO. Bureau International d'Education. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 473.

L'enseignement de la geographie. UNESCO. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 287.

Los grupos móviles de cine y radio en la educación fundamental. Film Centre de Londres, Gran Bretaña. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 78.

El hospital infantil y maternal en España. Por Juan Bosch Marín. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 74.

La puericultura del lactante en España. Por Juan Bosch Marín. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 75.

Tratado comparado de seguridad social. Por Carlos Martí Buñell. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 473.

EXPOSICIONES

Exposición permanente de puericultura. México. Not. 107.

F

FABREGÀ, Ernesto B.

Cambios de delegados del INSTITUTO. Bol.: 59.

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Ernesto B. Fábrega. Panamá. Retrato. Bol.: X.

FAMILIA

Las Escuelas de Servicio Social de las Américas y sus programas en relación con la protección de la familia y del niño.

Por Inés Pedraza de Leiva. Bol.: 350.

Servicios auxiliares familiares. Estados Unidos de América. Not.: 105.

Los sistemas de colocación familiar, adopción y legitimación adoptiva en el Uruguay. Por Carlos Humberto Páez. Bol.: 366.

FIEK CAMPODONICO, Otto

Cambios de delegados ante el INSTITUTO. Perú. Bol.: 59.

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Doctor Otto Fiek Campodónico. Retrato. Bol.: XI.

FOTOGRAFIAS Véase: LAMINAS**FOURNIE, Emilio**

Profesor Emilio Fournié. Retrato. Bol.: frente a pág. 6.

Un grato acontecimiento. El profesor Emilio Fournié cumple 80 años. Por Roberto Berro. Bol.: 7.

Labor realizada por el INSTITUTO. Bol.: 106.

Sección libros y revistas:

L'accès des femmes à l'education. UNESCO. Bureau International d'Education. Bol.: 478.

L'enseignement de la geographie. UNESCO. Bol.: 287.

Los grupos móviles de cine y radio en la educación fundamental. Film Centre de Londres. Bol.: 78.

Higiene psíquica de la edad preescolar. Por Carlos Federico Mora. Bol.: 147.

Pedagogía nueva. Por Víctor E. Vivar. Bol.: 477.

Psicología del niño y del adolescente. Por Louzán-Carbonell. Bol. 145.

FRANCIA

XIX Congreso Internacional Abolicionista. París, Anuncio y temas. Bol.: 472.

Sección libros y revistas:

L'accès des femmes à l'education. UNESCO. Bureau International d'Education. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 478.

L'enseignement de la geographie. UNESCO. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 287.

G**GAJARDO V., Enrique**

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Doctor Enrique Gajardo. V. Chile. Retrato. Bol.: VII.

GESTEIRA, Joaquim Martagão

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Doctor Joaquim Martagão Gesteira, Brasil. Retrato. Bol.: VI.

Fué designado Vicepresidente del Consejo Directivo del INSTITUTO el Prof. Dr. Joaquim Martagão Gesteira. Not.: 66.

Informe do delegado técnico do Brasil. (Reunión regional de delegados técnicos en Montevideo). Bol.: 177.

GINECOLOGIA

I Congreso Latino-americano de Obstetricia y Ginecología y VIII Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. Buenos Aires. Anuncio y temas. Bol.: 142.

Sociedad Pernambucana de Tocoginecología. Brasil. Not.: 88.

GUATEMALA

Asociación Pediátrica de Guatemala. Not.: 11.

II Congreso Nacional de Cooperativas. Not.: 74.

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Doctor Ernesto Cofiño. Retrato. Bol.: IX.

296.000 niños y madres centroamericanos beneficiarse de programas de nutrición de UNICEF. Bol.: 153.

Infancia desadaptada. Not.: 106.

Método de la escuela rural. Not.: 10.

Protección a la madre y al niño. Not.: 27.

H

HAITI

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Señor Clément Jumelle. Retrato. Bol.: IX.

Dificultades que traban la escolaridad obligatoria en Haití. Not.: 58.

Educación sanitaria. Not.: 75.

Programa de lucha de UNICEF contra el pián y la sífilis. Not.: 11.

Tercera Reunión Regional de Delegados Técnicos en México. Bol.: 460.

HIGIENE

Campañas higiénicas y sanitarias. Ecuador. Not.: 119.

I Congreso Interamericano de Sanidad Pública. Habana, Cuba Not.: 118.

Diez años de labor del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Paraguay. Not.: 124.

II Jornadas Sanitarias de Higiene Materno-infantil. Santa Fe, Argentina. Recomendaciones. Bol.: 60.

Nuevo Director interino del Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil "Dr. Luis Morquio". Montevideo. Not.: 62.

HIGIENE ESCOLAR

Convención de los profesionales de higiene escolar de la Provincia de las Villas. Cuba. Not.: 23.

Congreso Nacional de Higiene Escolar. La Habana. Anuncio y temas. Not.: 37.

HIGIENE MENTAL**Sección libros y revistas:**

Higiene psíquica de la edad preescolar. Por Carlos Federico Mora. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 147.

Soins maternels et santé mentale. Por John Bowlby. Comentario por Gregorio Aráoz Alfaro. Bol.: 285.

HOLANDA

I Congreso Internacional de Dietética. Amsterdam. Bol.: 70.

HOMENAJES

Al cumplir 25 años. Por Roberto Berro. Bol.: 88.

Conmemoración del 25 aniversario del INSTITUTO. Not.: 67 y Bol.: 161.

Discursos de los doctores Gregorio Aráoz Alfaro, Roberto Berro y Víctor Escardó y Anaya con motivo de la conmemoración del 25 aniversario del INSTITUTO. Bol.: 162, 164 y 166.

En el XXV aniversario. Por Gregorio Aráoz Alfaro. Bol.: 85.

Un grato acontecimiento. El profesor Emilio Fournié cumple 80 años. Por Roberto Berro. Bol.: 7.

Homenaje al profesor Aballí. Nuestro Instituto envía una placa de bronce a La Habana. Bol.: 464.

La doctora Martha M. Eliot recibe un premio. Estados Unidos de América. Bol.: 84.

La placa de bronce enviada por el INSTITUTO. En el momento de descubrir la placa, de izquierda a derecha, Prof. Dr. Agustín Castellanos, Contraalmirante Rivera Travieso, Prof. Dr. Víctor Escardó y Anaya, Prof. Dr. Félix Hurtado. Retrato. Bol.: 466.

Premio profesor doctor Aráoz Alfaro. Argentina. Not.: 4.

HONDURAS

Concentración de maestros rurales. Comayagüela. Not.: 123.

Datos escolares de San Pedro Sula. Not.: 107.

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Doctor Romualdo Zepeda Retrato. Bol.: IX.

296.000 niños y madres centroamericanos beneficiáñse de programas de nutrición de UNICEF. Bol.: 153.

Escolaridad obligatoria. Not.: 41.

Las escuelas de alfabetización de la FAFH patrocinadas por el Ministerio de Educación Pública. Not.: 123.

Poliomielitis. Not.: 59.

HOSPITALES

Asociación de Médicos del Hospital Infantil. México, D. F.
Not.: 108.

B.C.G. en el Hospital Maternidad de Ciudad Trujillo. República Dominicana. Not.: 14.

Hospital gratuito para niños. Rosario, Argentina. Not.: 33.

Maternidad Nuestra Señora de la Gloria. Brasil. Not.: 4.

Moderno hospital de niños. Guayaquil, Ecuador. Not.: 90.

Nuevo hospital de niños. Memphis, Estados Unidos de América. Not.: 121.

Nuevo hospital infantil. Pachuca, México. Not.: 13.

Sección libros y revistas:

El hospital infantil y maternal en España. Por Juan Bosch Marín. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 74.

Se instalarán juegos infantiles en el Hospital de Niños. Buenos Aires, Argentina. Not.: 113.

Servicio de Maternidad en el Hospital de Policía. Perú. Not. 93.

HURTADO, Félix

Delegados actuales de Cuba ante el INSTITUTO. Doctor Félix Hurtado y doctora María Luisa Saldún de Rodríguez. Retratos. Bol.: VII.

I**INDOLOGIA**

Centros escolares y labor indigenista en Tiahuanacu, Copacabana y Villa Dolores. Bolivia. Not.: 98.

Educación indígena. Perú. Not.: 60.

Trabajo indígena en Bolivia. Not.: 4.

INFORMACIONES

Sección informaciones: Bol.: 79, 107, 149 y 479.

INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA

Acuerdo con la Organización de los Estados Americanos. Retrato. Bol.: II.

Al cumplir 25 años. Por Roberto Berro. Bol.: 88.

La Biblioteca Pública del INSTITUTO agradece donaciones. Not.: 83.

Cambios de Delegados. (Estados Unidos de América, Nicaragua, Panamá y Perú). Bol.: 59.

Conmemoración del XXV aniversario del INSTITUTO. Not.: 67 y Bol.: 161.

Consejeros Honorarios: doctor Olímpio Olinto de Oliveira (Brasil). Señorita Katharine F. Lenroot (Estados Unidos de América). Retratos. Bol.: V.

Consejo Directivo. Doctor Gregorio Aráoz Alfaro. Presidente. (Delegado de Argentina). Doctor Víctor Escardó y Anaya. Secretario (Delegado de Ecuador). Retratos. Bol.: IV.

Delegados actuales: doctores Joaquim Martagão Gesteira y Walter Jobim (Brasil) Héctor Pedraza (Colombia); Carlos Sáenz Herrera y profesor Emilio Verdesio (Costa Rica); doctores Félix Hurtado y María Luisa Saldún de Rodríguez (Cuba); Guillermo Morales Beltrami y Enrique Gajardo V. (Chile); Carlos Andrade Marín (Ecuador); Marco Tulio Magaña y Walter Piaggio Garzón (El Salvador); Martha M. Eliot, Elisabeth Shirley Enochs y señor Edward Trueblood (Estados Unidos de América); doctor Ernesto Cofiño (Guatemala); señor Clément Jumelle (Haití); doctores Romualdo Zepeda (Honduras); Pedro Daniel Martínez y Pedro Cerisola (México); Emilio Lacayo y Alfredo Ramón Guerra (Nicaragua); señorita Elsa Griselda Valdés y señor Ernesto B. Fábregas (Panamá); doctores Ricardo Odriosola y Fernando Abente Haedo (Paraguay); Otto Fiek Campodónico y Manuel Villar (Perú); Rafael Santoni Calero y Miguel Román Pérez (República Dominicana); Julio A. Bauzá (Uruguay); Ernesto Vizcarrondo (Venezuela). Retratos. Bol.: VI a XII.

Los departamentos técnicos del INSTITUTO. Bol.: 125.

Directores Generales. Doctor Luis Morquio 1927-1935. Doctor Roberto Berro (Desde 1935). Retratos. Bol.: III.

Discursos de los doctores Gregorio Aráoz Alfaro, Roberto Berro y Víctor Escardó y Anaya con motivo de la conmemoración del 25º aniversario del INSTITUTO. Bol.: 162, 164 y 166.

Profesor Emilio Fournié. Retrato. Bol.: frente a pág. 7.

En el XXV aniversario. Por Gregorio Aráoz Alfaro. Bol.: 85.

Un grato acontecimiento. El profesor Emilio Fournié cumple 80 años. Por Roberto Berro. Bol.: 7.

Homenaje al profesor Aballí. Nuestro Instituto envía una placa de bronce a La Habana. Bol.: 464.

Labor realizada por el INSTITUTO. Por Emilio Fournié. Bol.: 106.

Personal del INSTITUTO. Retrato. Bol.: XII.

La placa de bronce enviada por el INSTITUTO. En el momento de descubrir la placa, de izquierda a derecha, Prof. Dr. Agustín Castellanos, Contraalmirante Rivera Travieso, Prof. Dr. Víctor Escardó y Anaya, Prof. Dr. Félix Hurtado. Retrato. Bol.: 466.

Primer Consejo Directivo. Retrato. Bol.: I.

Reunión del Consejo Directivo. 13 y 14 de junio de 1952. Not.: 65.

Reunión Regional de Delegados Técnicos. Montevideo. 12 y 13 de junio de 1952 Not.: 66. Bol.: 175. Trabajos presentados a la Reunión:

Informe do delegado técnico do Brasil. Por Joaquim Martagão Gesteira. Bol.: 177.

Situación actual de la niñez en Chile. Por Guillermo Morales Beltrami. Bol.: 205.

Situación de la infancia en el Uruguay. Por Julio A. Bauzá. Bol.: 240.

Tercera Reunión Regional de Delegados Técnicos en México. Bol.: 460.

Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia, dirigido por el INSTITUTO. Not.: 49, 67 y 81; Bol.: 137 y 265.

Los Seminarios Nacionales de Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Perú, República Dominicana, y Venezuela. Conclusiones y recomendaciones. Bol.: 434.

Veinticinco años de actuación del Consejo Directivo y de la Dirección General. Por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 91.

ITALIA

VI Congreso Nacional de Nipología y II Jornada Internacional Nipiológica. Torino. Bol.: 67.

J

JOBIM, Walter

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Brasil. Retrato. Bol.: VI.

JUEGO Y RECREACION

Club Municipal de Niños. Quito. Ecuador. Not.: 120.

Creación de un parque infantil. Punto Fijo. Venezuela. Not.: 63.

Juguetes para prestar. Sacramento, California. Estados Unidos de América. Not.: 41.

Nuevos campamentos para muchachos. Petare. Venezuela. Not.: 16.

Omaha combina exitosamente una escuela y un centro de recreación. Estados Unidos de América. Not.: 23.

Se instalarán juegos infantiles en el hospital de niños. Argentina. Not.: 113.

JUMELLE, Clément

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Haití. Retrato. Bol.: IX.

L

LACAYO, Emilio

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Nicaragua. Retrato.
Bol.: X.

LAMINAS

Acuerdo con la Organización de los Estados Americanos. Bol.: II.
Conmemoración del 25º aniversario de la fundación del Instituto
Internacional Americano de Protección a la Infancia. Bol.:
antes de pág. 161.

Consejeros honorarios: doctor Olimpio Olinto de Oliveira. Brasil. Señorita Katharine F. Lenroot. Estados Unidos de América. Bol.: V.

Consejo Directivo. Doctor Gregorio Aráoz Alfaro. Presidente.
(Delegado de Argentina). Doctor Víctor Escardó y Anaya. Secretario (Delegado de Ecuador). Bol.: IV.

Directores Generales. Doctor Luis Morquio 1927-1935. Doctor Roberto Berro (Desde 1935). Bol.: III.

Delegados actuales ante el INSTITUTO: doctores Joaquim Martagão Gesteira y Walter Jobim (Brasil); Héctor Pedráza (Colombia); Carlos Sáenz Herrera y profesor Emilio Verdesio (Costa Rica) Bol.: VI; doctores Félix Hurtado y María Luisa Saldún de Rodríguez (Cuba); Guillermo Morales Beltrami y Enrique Gajardo V. (Chile); y Carlos Andrade Marín (Ecuador) Bol.: VII; Marco Tulio Magaña y Walter Piaggio Garzón (El Salvador); Martha M. Eliot, Elisabeth Shirley Enochs y señor Edward G. Trueblood (Estados Unidos de América) Bol.: VIII; Ernesto Cofiño (Guatemala); señor Clément Jumelle (Haití), doctores Romualdo Zepeda (Honduras); Pedro Daniel Martínez y señor Pedro Cerisola (México) Bol.: IX; doctores Emilio Lacayo y Alfredo Ramón Guerra (Nicaragua); señorita Elsa Griselda Valdés y señor Ernesto B. Fábrega (Panamá) y Ricardo Odriosa (Paraguay) Bol.: X; Fernando Abente Haedo (Paraguay); Otto Fiek Campodónico y Manuel Villar (Perú); Rafael Santoni Calero y señor Miguel Román Pérez (República Dominicana) Bol.: XI; doctores Julio A. Bauzá (Uruguay); Ernesto Vizcarrondo (Venezuela) Bol.: XII.

Homenaje al profesor Aballí. Nuestro Instituto envía una placa de bronce a La Habana. Bol.: 464.

Personal del INSTITUTO. Retrato. Bol.: XII.

La placa de bronce enviada por el INSTITUTO. En el momento de descubrir la placa de izquierda a derecha, Prof. Dr. Agustín Castellanos, Contraalmirante Rivera Travieso, Prof. Dr.

Víctor Escardó y Anaya, Prof. Dr. Félix Hurtado. Retrato. Bol.: 466.

Profesor Emilio Fournié. Bol.: frente a pág. 6.

Primer Consejo Directivo del INSTITUTO. Bol.: I.

LECHE

La lucha contra la mortalidad infantil y los bancos de leche. Colombia. Not.: 21.

Más de 150.000 niños víctimas de la sequía en Brasil reciben leche de UNICEF. Bol.: 149.

LEGISLACION

Derogaciones a las leyes estatales sobre trabajo de mujeres y menores. Estados Unidos de América. Not.: 9.

Disposiciones especiales en la ayuda a los niños abandonados moral o materialmente bajo guarda del Estado. Estados Unidos de América. Not.: 106.

LEIVA, Inés Pedrassa de

Las Escuelas de Servicio Social de las Américas y sus programas en relación con la protección de la familia y del niño. Bol.: 350.

LENROOT, Katharine F

Cambios de delegados. Estados Unidos de América. Bol.: 59.

Consejeros Honorarios: doctor Olimpio Olinto de Oliveira (Brasil), Señorita Katharine F. Lenroot. (Estados Unidos de América). Retratos. Bol.: V.

LESSA, Gustavo

Assistência à infância. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 286.

LIBROS Y REVISTAS

L'accès des femmes à l'education. UNESCO y Bureau International d'Education. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 478.

Anais da III Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatría. Volume I, Puericultura social. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 75.

Assistência à infância. Por Gustavo Lessa. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 286

Collected Reprints of the Grantees of the National Foundation for Infantile Paralysis. V. X. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol. 76.

L'Enseignement de la geographie. UNESCO. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 287.

Finlay. Por César Rodríguez Expósito. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 72.

Los grupos móviles de cine y radio en la educación fundamental. Film Centre de Londres. Comentario por Emilio Fournié Bol.: 78.

Higiene psíquica de la edad preescolar. Por Carlos Federico Mora. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 147.

El hospital infantil y maternal en España. Por Juan Bosch Marín. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 74.

Infant care. Children's Bureau. Publication N° 8. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 145.

Luis Razetti o biografía de la superación. Por Ricardo Archila. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 476.

Manual de pediatría. Por Rogelio H. Valenzuela. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 77.

Nuevos capítulos sobre el cocaísmo en Colombia. Por Jorge Bejarano. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 475.

Pedagogía nueva. Por Víctor E. Vivar. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 477.

Poliomielitis anterior aguda. Parálisis infantil. Enfermedad de Heine Medin. Estudio estadístico, epidemiológico, clínico, profiláctico y terapéutico. Las epidemias del mal en México. Por Alfonso G. Alarcón. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 73.

El prematuro. Por José Obes Polleri. Comentario por Roberto Berro.: 144.

Psicología del niño y del adolescente. Por Louzán-Carbonell. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 145.

La puericultura del lactante en España. Por Juan Bosch Marín. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 75.

Semblanzas y apologías de grandes médicos 2^a serie. Por Gregorio Aráoz Alfaro. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 474.

Soins maternels et santé mentale. Por John Bowlby. Comentario por Gregorio Aráoz Alfaro. Bol.: 285.

Tratado comparado de seguridad social. Por Carlos Martí Buñell. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 473.

LISIADOS

Asociación Nacional para el Niño Lisiado. Montevideo. Not.: 126.

Centro de reeducación. Estados Unidos de América. Not.: 26.

Comité Permanente Pro Rehabilitación del Inválido. Buenos Aires. Not.: 2.

Instituto de Rehabilitación del Inválido. Adrogué, Argentina. Not.: 33.

Mayor asistencia para los niños lisiados. Estados Unidos de América. Not.: 55.

Niños lisiados en los Estados Unidos de América. Not.: 121.

Oficina para los niños lisiados. Nueva York, Estados Unidos de América. Not.: 92.

LITERATURA INFANTIL

Contralor de la literatura infantil. Perú. Not.: 94.

LOUZAN-CARBONELL

Psicología del niño y del adolescente. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 145.

M**MAGAÑA, Marco Tulio**

Delegados actuales ante el INSTITUTO. El Salvador. Retrato Bol.: VIII.

MARTI BUILL, Carlos

Tratado comparado de seguridad social. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 473.

MARTINEZ, Pedro Daniel

Delegados actuales ante el INSTITUTO. México. Retrato. Bol.: IX.

MATERNIDAD

Asociaciones de protección a la maternidad y a la infancia. Brasil. Not.: 99.

B.C.G. en el Hospital Maternidad de Ciudad Trujillo. República Dominicana. Not.: 14.

"El Hogar de la Madre" conmemoró sus 25 años. Lima, Perú. Not.: 79.

Maternidad de San Pablo. Brasil. Not.: 34.

Maternidad Nuestra Señora de la Gloria. Brasil. Not.: 4.

Monumento a la madre. El Salvador. Not.: 120.

Protección a la maternidad. Brasil. Not.: 86.

Protección a la maternidad. Venezuela. Not.: 110.

Protección a la maternidad y a la infancia en el Nordeste del Brasil. Not.: 68.

Reglamento de los riesgos de enfermedad y maternidad. Costa Rica. Bol.: 479.

La seguridad social relativa a la maternidad. Bolivia. Not.: 52.

Seguro de maternidad. México. Not.: 28.

Servicio de Maternidad en el Hospital de Policía. Perú. Not. 93.

MATRIMONIO

Nupcialidad en los Estados Unidos de América. Not.: 25.

MEDICINA

II Congreso Americano de Medicina del Trabajo. Río de Janeiro, Brasil. Anuncio y temas. Bol.: 282.

Premios del concurso científico de la Real Academia de Sevilla. Bol.: 292.

Sociedad de Medicina del Trabajo. Montevideo. Not.: 15.

MEDICINA SOCIAL

Casas-cunas externas. Generalidades. Su función médico social.
Por Rogelio Decanio D. Bol.: 402.

Cunas maternales. Relaciones de las cunas maternales con los niños, con la familia y en la comunidad. Normas generales para su funcionamiento. Por Alfredo Corzano Arciniega. Bol. 372.

La protección médico-social del prematuro. Por Antonio Panochia Bol.: 397.

MENCHACA, Francisco J.

Contribución al tema "Mortalidad al nacimiento y medios de reducirla". Bol.: 131.

METODOLOGIA

Ensayo de métodos para niños superdotados. Filadelfia, Estados Unidos de América. Not.: 26.

Método de la escuela rural. Guatemala. Not.: 10.

MEXICO

Academia Mexicana de Pediatría. Not.: 12.

Asociación de Médicos del Hospital Infantil. Not.: 108.

Asociación Nacional de Pediatría. Not.: 12.

Campaña educativa. Not.: 108.

Centro Materno-infantil Gral. Maximino Avila Camacho. Tacubaya, Not.: 28.

Congreso de Educación Preescolar. Anuncio y temas. Bol.: 141.

IV Congreso Nacional de Pediatría. San Luis de Potosí. Anuncio. Not.: 13. Programa. Not.: .59 Su suspensión. Not.: 42. **Charlas para madres** Not.: 107.

Delegados actuales de México ante el INSTITUTO. Doctor Pedro Daniel Martínez y señor Pedro Cerisola. Retratos. Bol. IX. **Exposición permanente de puericultura.** Not.: 107.

Futuro Servicio de Puericultura del Hospital de la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social. Not.: 93.

Las misiones culturales mexicanas y su programa. Not.: 76.

Mortalidad por poliomielitis. Not.: 12.

Nuevo hospital infantil. Pachuca. Not.: 13.

Organismo internacional cultural de primordial importancia se instaló en México Not.: 123.

Sección Libros y revistas:

Manual de pediatría. Por Rogelio H. Valenzuela. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 77.

Poliomielitis anterior aguda. Parálisis infantil. Enfermedad de Heine Medin. Estudio estadístico, epidemiológico, clínico, profiláctico y terapéutico. Las epidemias del mal en México.

Por Alfonso G. Alarcón. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 73.

Seguro de maternidad. Not.: 28.

Sociedad de Pediatría de Nuevo León. Cambio de autoridades. Not.: 75.

Tercera Reunión Regional de Delegados Técnicos en México. Bol.: 460.

MORA, Carlos Federico

Higiene psíquica de la edad preescolar. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 147.

MORALES BELTRAMI, Guillermo

Delegados actuales de Chile ante el INSTITUTO. Doctores Guillermo Morales Beltrami y Enrique Gajardo V. Retratos. Bol.: VII.

Situación actual de la niñez en Chile. Bol.: 205.

MORQUIO, Luis

Directores Generales del INSTITUTO. Doctor Luis Morquio (1927-1935). Doctor Roberto Berro (Desde 1935). Retratos. Bol.: III.

Fundación Luis Morquio. Tercer concurso de trabajos. Not.: 31 y Bol.: 481.

MORTALIDAD

Cambios en las principales causas de muerte de los escolares. Estados Unidos de América. Not.: 74.

Mortalidad en los niños. Estados Unidos de América. Not.: 27.

Mortalidad por poliomielitis. México. Not.: 12.

MORTALIDAD INFANTIL

Contribución al tema "Mortalidad al nacimiento y medios de reducirla". Por Francisco J. Menchaca. Bol.: 131.

Decrece la mortalidad infantil en el Distrito Federal. Brasil. Not.: 87.

La lucha contra la mortalidad infantil y los bancos de leche. Colombia. Not.: 21.

Mortalidad peri-natal y mortalidad infantil en el Uruguay. Por Julio A. Bauzá. Bol.: 27.

MOURE, Elena

La Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa en el Uruguay. Bol.: 324.

MUSICA Y CANTO

Concierto para niños. Ciudad Trujillo. República Dominicana. Not.: 15.

N

NACIONES UNIDAS

Enseñanza sobre las Naciones Unidas en las escuelas cubanas.

Not.: 89.

NACIONES UNIDAS. FONDO INTERNACIONAL DE SOCORRO A LOS NIÑOS.

Asistencia internacional a la infancia. UNICEF en América. Por Manuel Salcedo F. Bol.: 17.

Ayuda de UNICEF a Nicaragua. Not.: 13.

296.000 niños y madres centroamericanas beneficiarse de programas de nutrición de UNICEF. Bol.: 153.

Equipos de obstetricia. Bol.: 79.

Fondo Internacional de Socorro a la Infancia. Brasil. Not.: 20.

Más de 150.000 niños víctimas de la sequía en Brasil reciben leche de UNICEF. Bol.: 149.

Programa de lucha de UNICEF contra el pián y la sífilis. Haití. Not.: 11.

UNICEF. Programa de alimentación infantil. Not.: 10.

NACIONES UNIDAS. ORGANIZACION PARA LA EDUCACION, LA CIENCIA Y LA CULTURA.

L'accès des femmes à l'éducation. Bureau International d'Education. Genève. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 478.

L'enseignement de la geographie. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 287.

NECROLOGIA

Homenaje al profesor Aballí. Nuestro Instituto envía una placa de bronce a La Habana. Retrato. Bol.: 464.

La placa de bronce enviada por el INSTITUTO. En el momento de descubrir la placa de izquierda a derecha, Prof. Dr. Agustín Castellanos, Contraalmirante Rivera Travieso, Prof. Dr. Victor Escardó y Anaya, Prof. Dr. Félix Hurtado. Retrato. Bol.: 466.

NEUROLOGIA

Consultorio de Neurología, Psicología y Psiquiatría en el Policlínico Rawson. Buenos Aires, Argentina. Not.: 17.

NICARAGUA

Ayuda de UNICEF a Nicaragua. Not.: 18.

Cambios de delegados del INSTITUTO. Bol.: 59.

Delegados actuales de Nicaragua ante el INSTITUTO. Doctores Emilio Laca yo y Alfredo Ramón Guerra. Retratos. Bol.: X. 296.000 niños y madres centroamericanas beneficiarse de programas de nutrición de UNICEF. Bol.: 153.

NIPIOLOGIA

Casas-cunas externas. Generalidades. Su función médico-social.

Por Rogelio Decanio D. Bol.: 402.

VI Congreso Nacional de Nipología y II Jornada Internacional Nipiológica. Torino, Italia. Bol.: 67.

Cunas maternales. Relaciones de las cunas maternales con los niños, con la familia y con la comunidad. Normas generales para su funcionamiento. Por Alfredo Corzano Arciniega. Bol.: 372.

La protección médica-social del prematuro. Por Antonio Pannocchia. Bol.: 397.

Servicio de vacunación BCG de la Fundación Ataulpho de Paiva para los recién nacidos. Brasil. Not.: 20.

Servicio Municipal de Cirugía de recién nacidos y lactantes. Buenos Aires, Argentina. Not.: 97.

Sociedad Uruguaya de Nipología. Not.: 110.

NUTRICION Véase: ALIMENTACION

O**OBES POLLERI, José**

El prematuro. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 144.

OBSTETRICIA

I Congreso Latino-Americano de obstetricia y ginecología y VIII Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. Buenos Aires, Argentina. Bol.: 142.

Equipos de obstetricia. Bol.: 79.

ODONTOLOGIA

I Congreso Panamericano de Sociedades Odontológicas y Congreso Dental Latinoamericanos. La Habana. Cuba. Not.: 7.

I Convención de Odontología Infantil. Ciudad Trujillo, República Dominicana. Not.: 45.

Día nacional de la salud dental del niño. Akron, Ohio. Estados Unidos de América. Not.: 40.

Sociedad Cubana de Odontología Infantil. Cambio de autoridades. Not.: 53.

ODRIOSOLA, Ricardo

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Paraguay. Doctores Ricardo Odriosola y Fernando Abente Haedo. Retratos. Bol.: X.

OFTALMOLOGIA

Las lesiones oculares en los niños de edad escolar. Louisville, Estados Unidos de América. Not.: 25.

OLIVEIRA, Olimpio Olinto de

Consejeros Honorarios del INSTITUTO: doctor Olimpio Olinto de Oliveira (Brasil). Señorita Katharine F. Lenroot. (Estados Unidos de América). Retratos. Bol.: V.

P

PAEZ, Carlos Humberto

Los sistemas de colocación familiar, adopción y legitimación adoptiva en el Uruguay. Bol.: 366.

PANAMA

Cambios de delegados ante el INSTITUTO. Bol.: 59.

"Del Congreso de Panamá a la Conferencia de Caracas. 1826-1953". Bases del concurso. Bol.: 480.

Delegados actuales ante el INSTITUTO. Señorita Elsa Griselda Valdés y señor Ernesto B. Fábrega. Retratos. Vol.: X, 296.000 niños y madres centroamericanos beneficiarse de programas de nutrición de UNICEF. Bol.: 153.

Panamá es recomendado para centro de adiestramiento de enfermeras. Not.: 93.

Problemas de la educación en Panamá. Not.: 44.

Reapertura de las colonias infantiles de los Leones. Not.: 77.

Salud Pública. Not.: 29.

PANAMERICANISMO

Acuerdo con la Organización de los Estados Americanos. (Retrato). Bol.: antes de pág. 161.

Asistencia internacional a la Infancia. UNICEF en América Latina. Por Manuel Salcedo F. Bol.: 17.

Cambios de delegados ante el INSTITUTO. Bol.: 59.

Centro Interamericano Experimental y de Adiestramiento en Vivienda. Bogotá, Colombia. Not.: 6.

Centro Interamericano para la formación de maestros rurales establecerá la OEA en Venezuela. Not.: 127.

Centro Panamericano Antiaftosa. São Bento, Brasil. Not.: 5.

Clubes panamericanos. Tocopilla, Chile. Not.: 8.

II Congreso Americano de Medicina del Trabajo. Río de Janeiro, Brasil. Bol.: 282.

I Congreso Centroamericano de Pediatría. San José, Costa Rica. Anuncio y Temas. Bol.: 470.

I Congreso Interamericano de Sanidad Pública. Habana, Cuba. Not.: 118.

I Congreso Latino-americano de Obstetricia y Ginecología y VIII Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. Buenos Aires, Argentina. Bol.: 142.

III Congreso Panamericano de Servicio Social. México. Su suspensión. Not.: 42.

I Congreso Panamericano de Sociedades Odontológicas y Congreso Dental Latinoamericanos. La Habana, Cuba. Not.: 7.

Los Congresos Panamericanos del Niño. Bol.: 118.

"Del Congreso de Panamá a la Conferencia de Caracas. 1826-1953". Bases del concurso. Bol.: 480.

Diez años de labor del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Paraguay. Not.: 124.

Las Escuelas de Servicio Social de las Américas y sus programas en relación con la protección de la familia y del niño. Por Inés Pedrassa de Leiva. Bol.: 350.

Organismo internacional de primordial importancia se instaló en México. Not.: 123.

Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia. Montevideo. Not.: 29, 67 y 81. Bol.: 137 y 265.

Seminario Interamericano de Educación Vocacional. Maryland, Estados Unidos de América. Bol.: 156.

Los Seminarios Nacionales de Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Perú, República Dominicana, y Venezuela. Conclusiones y recomendaciones. Bol.: 434.

Sesión panamericana preparatoria del III Congreso International de Defensa Social. Caracas, Venezuela. Not.: 112.

PANNOCCHIA, Antonio

La protección médico-social del prematuro. Bol.: 397.

PARAGUAY

Delegados actuales del Paraguay ante el INSTITUTO. Doctores Ricardo Odriosa y Fernando Abente Haedo. Retratos. Bol.: X y XI.

Diez años de labor del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Not.: 124.

Director del programa de asistencia materno-infantil. Not.: 77.

Primer Departamento Materno-Infantil. Not.: 108.

Programa de protección materno-infantil. Not.: 29.

Reunión Regional de Delegados Técnicos. Montevideo. Not.: 66 y Bol.: 175.

PARALISIS INFANTIL

IV Curso de especialización en enfermedad de Heine Medin, para médicos. Buenos Aires, Argentina. Not.: 113.

El deporte y su relación con la parálisis infantil. Argentina. Not.: 51.

Mortalidad por poliomielitis. México. Not.: 12.

Poliomielitis. Honduras. Not.: 59.

La poliomielitis señala descensos en varios países. 1951. Bol.: 158.
Sección libros y revistas:

Collected Reprints of the Grantees of the National Foundation for Infantile Paralysis. Vol. X. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 76.

Poliomielitis anterior aguda. Parálisis infantil. Enfermedad de Heine Medin. Estudio estadístico, epidemiológico, clínico, profiláctico y terapéutico. Las epidemias del mal en México, Por Alfonso G. Alarcón. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 73.

PARQUES ESCOLARES

Creación de un parque infantil. Punto Fijo, Venezuela. Not.: 63.
Escuelas y parques. Estados Unidos de América. Not.: 92.

PEDAGOGIA

I Congreso Médico, Pedagógico y Social de la Infancia. Buenos Aires, Argentina. Temario. Bol.: 280.

Sección libros y revistas:

Pedagogía nueva. Por Víctor E. Vivar. Comentario por Emilio Fournié. 477.

PEDIATRIA

Academia Mexicana de Pediatría. Su creación. Not.: 12.

Asistencia al niño diabético. Buenos Aires, Argentina. Not.: 68.

Asociación Costarricense de Pediatría. Su fundación. Not.: 69.

Asociación Nacional de Pediatría. México. Su fundación. Not.: 12.

Asociación Pediátrica de Guatemala. Not.: 11.

Celebración del Día de la Pediatría Peruana. Not.: 61.

Centros regionales para la curación de niños con corazones deformes. Estados Unidos de América. Not.: 24.

I Congreso Centroamericano de Pediatría. San José, Costa Rica. Anuncio y temas. Bol.: 470.

VI Congreso Chileno de Pediatría. Santiago. Anuncio y temas. Bol.: 284.

VIII Congreso Español de Pediatría. Barcelona, España. Anuncio y temas. Bol.: 283.

I Congreso Médico, Pedagógico y Social de la Infancia. Buenos Aires, Argentina. Anuncio y temas. Bol.: 280.

IV Congreso Nacional de Pediatría. San Luis de Potosí, México. Anuncio y temas. Not.: 13 y 59.

Edificio de pediatría. Santa Clara, Cuba. Not.: 90.

Fundación Luis Morquio. Tercer concurso de trabajos. Montevideo. Not.: 31; Bol.: 481.

VI Jornada Brasileña de Puericultura y Pediatría. Belo Horizonte, Brasil. Anuncio y temas. Bol.: 142.

IV Jornada de la Sociedad Argentina de Pediatría. Mar del Plata. Anuncio. Bol.: 470.

Jornada Pediátrica de Santa Clara, Cuba. Anuncio y temas. Not.: 36.

Primeras Jornadas de Pediatría. Ecuador. Anuncio y temas. Bol.: 281.

III Jornadas Pediátricas Argentinas. Tucumán. Anuncio y temas. Not.: 1.

II Jornadas Pediátricas Colombianas. Medellín. Anuncio y temas. Bol.: 141.

Jornadas Pediátricas Internacionales de Tacna. Perú. Anuncio y temas. Not.: 78.

Nuevas Comisiones Directivas de sociedades de pediatría. Argentina. Not.: 97.

Nuevo Director interino del Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil "Dr. Luis Morquio". Montevideo. Not.: 62.

Premio Prof. Dr. Aráoz Alfaro. Argentina. Not.: 4.

Premio Nestlé de pediatría y puericultura. Brasil. Not.: 88.

Premio Nestlé de pediatría y puericultura. Chile. Not.: 37.

Sección libros y revistas:

Anais da III Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria. Vol. I. Puericultura social. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 75.

Manual de pediatría. Por Rogelio H. Valenzuela. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 77.

Segundo premio Nestlé de Pediatría y puericultura. Cuba. Not.: 70.

Servicio Nacional de Medicina Infantil. Buenos Aires, Argentina. Not.: 83.

Sociedad Brasileña de Pediatría. Cambio de autoridades. Not.: 68.

Sociedad Chilena de Pediatría. Cambio de autoridades. Not.: 102.

Sociedad Costarricense de Pediatría. San José. Junta Directiva. Not.: 7.

Sociedad Cubana de Pediatría. Cambio de autoridades. Not.: 8.

Sociedad de Pediatría de Nuevo León. México. Cambio de autoridades. Not.: 75.

Sociedad Mineira de Pediatría. Belo Horizonte, Brasil. Cambio de autoridades. Not.: 87.

Sociedad Uruguaya de Pediatría. Cambio de autoridades. Not.: 62.

Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Cambio de autoridades. Not.: 80.

PEDRAZA, Héctor

Delegados actuales ante el INSTITUTO de Colombia. Doctor Héctor Pedraza. Retrato. Bol.: VI.

PERU

Asistencia internacional a la infancia. UNICEF en América Latina. Por Manuel Salcedo F. Bol.: 17.

Asistencia social de menores. Puno. Not.: 44.

Auxilio a los niños de San Jacinto. Not.: 14.

Cambio de delegados ante el Instituto. Bol.: 59.

Celebración del Día de la Pediatría Peruana. Not.: 61.

Centro de medicina preventiva escolar de Lima. Not.: 109.

Contralor de la literatura infantil. Not.: 94.

Cunas maternales. Relaciones de las cunas maternales con los niños, con la familia y con la comunidad. Normas generales para su funcionamiento. Por Alfredo Corzano Arciniega. Bol.: 372.

La educación en el Perú. Not.: 94.

Educación indígena. Not.: 60.

Delegados actuales del Perú ante el INSTITUTO. Doctores Otto Fiek Campodónico y Manuel Villar. Retratos. Bol.: XI.

Enseñanza primaria. Not.: 14.

Escuelas en el Perú. Not.: 30.

Escuelas particulares. Not.: 110.

Formación de profesores de educación comercial. Not.: 60.

"El Hogar de la Madre" conmemoró sus 25 años. Lima. Not.: 79.

Jornadas Pediátricas Internacionales de Tacna. Not.: 78.

Programa materno-infantil. Lima y Pativilca. Not.: 110.

Sección libros y revistas:

Pedagogía nueva. Por Víctor E. Vivar. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 477.

Los Seminarios Nacionales de Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Perú, República Dominicana y Venezuela. Conclusiones y recomendaciones. Bol.: 434 y 455.

Servicio de maternidad en la Hospital de Policía. Not.: 93.

PIAGGIO GARZON, Walter

Delegados actuales de El Salvador ante el INSTITUTO. Doctores Marco Tulio Magaña y Walter Piaggio Garzón. Retratos. Bol.: VIII.

PRADA, Jilma Grimaldo de

y Delia de León de Castillo

Comentarios sobre algunos temas desarrollados en el Seminario verificado en el Instituto Internacional Americano de Protección a la infancia. Bol.: 428.

PREESCOLARES

Análisis preventivo en los Kindergartens. Estados Unidos de América. Not.: 91.

Sección libros y revistas:

Higiene psíquica de la edad preescolar. Por Carlos Federico Mora. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 147.

PREVISION SOCIAL

II Conferencia Nacional de Seguridad. Montevideo. Anuncio y temas. Not.: 61.

Previsión social. Estados Unidos de América. Not.: 57.

Sección libros y revistas:

Tratado comparado de seguridad social. Por Carlos Martí Buffill. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 473.

PROGRAMAS

Director del programa de asistencia materno-infantil. Paraguay. Not.: 77.

Las Escuelas de Servicio Social de las Américas y sus programas en relación con la protección de la familia y del niño. Por Inés Pedrasa de Leiva. Bol.: 350.

Las misiones culturales mexicanas y su programa. Not.: 76.

Programa de arte escolar internacional. Estados Unidos de América. Not.: 122.

Programa de ayuda alimenticia para niños y madres embarazadas. Bolivia. Not.: 98.

Programa de lucha de UNICEF contra el pián y la sifilis. Haití. Not.: 11.

Programa de protección materno-infantil. Paraguay. Not.: 29.

Programa materno-infantil. Lima y Pativilca, Perú. Not.: 110.

UNICEF. Programa de alimentación infantil. Not.: 10.

PROSTITUCION

XIX Congreso Internacional Abolicionista. París, Francia. Anuncio y temas. Bol.: 472.

PROTECCION A LA INFANCIA

Acuerdo con la Organización de los Estados Americanos. Retrato. Bol.: II.

Al cumplir 25 años. Por Roberto Berro. Bol.: 88.

Algunas observaciones de la División Primera Infancia. Por Afda Fernández de Troyo. Bol.: 408.

Ampliación de las obras de asistencia materno-infantil. Brasil. Not.: 116.

Asistencia a la madre y al niño en el "Refugio Santa Luisa de Marillac". Medellín, Colombia. Not.: 22.

Asistencia en las zonas bahianas perjudicadas por las secas. Brasil. Not.: 99.

Asistencia internacional a la infancia. UNICEF en América Latina. Por Manuel Salcedo F. Bol.: 17.

Asistencia maternal e infantil en Pernambuco. Brasil. Not.: 85.

Asistencia social de menores. Puno, Perú. Not.: 44.

Asociaciones de protección a la maternidad y a la infancia. Brasil. Not.: 99.

La atención del niño en la República Argentina. Por Pedro Rueda. Bol.: 10.

Auxilio a los niños de San Jacinto. Perú. Not.: 14.

Áyuda de UNICEF a Nicaragua. Not.: 13.

Ayuda social a la niñez. Santa Fe, Argentina. Not.: 1.

Banco de ahorros para niños. Cleveland, Ohio. Estados Unidos de América. Not.: 104.

Breves apuntes de nuestra labor social. Recuerdo del Seminario. Por Elba Ruiz Soto. Bol.: 416.

Centro de observación de menores "El Redentor". Bogotá, Colombia. Not.: 116.

El Centro Maternal e Infantil de la Cruz Roja Boliviana. Not.: 115.

Centro materno-infantil "Gral. Maximino Avila Camacho". Tlalnepantla, México. Not.: 28.

Centros sanitarios para niños afectados por la toxicosis. Argentina. Not.: 18.

Ciudad de los niños. Santa Ana, El Salvador. Not.: 71.

Club Internacional de Cirujanos para Niños. Brasil. Not.: 53

Colonia hogar "Carmania". Venezuela. Not.: 32.

Los Congresos Panamericanos del Niño. Bol.: 118.

Conmemoración del 25º aniversario del INSTITUTO. Bol.: 161.
Retrato antes de la pág. 161. Not.: 67.

Consejeros Honorarios del INSTITUTO: doctor Olimpio Olinto de Oliveira (Brasil). Señorita Katharine F. Lenroot. (Estados Unidos de América). Retratos. Bol.: V.

Consejo Directivo del INSTITUTO. Doctor Gregorio Aráoz Alfaro. Presidente. (Delegado de Argentina). Doctor Víctor Escardó y Anaya. Secretario. (Delegado de Ecuador). Retratos. Bol.: IV

Primer Consejo Directivo del INSTITUTO. Retrato. Bol.: I.

Construcción de un internado para niños. Maracaibo, Venezuela.
Not.: 63.

Delegados actuales ante el INSTITUTO: Dres. Joaquim Marta-gão Gesteira y Walter Jobim (Brasil); Héctor Pedraza (Colombia); Carlos Saénz Herrera y Prof. Emilio Verdesio (Costa Rica); Dres. Félix Hurtado y María Luisa Saldún de Rodríguez (Cuba); Guillermo Morales Beltrami y Enrique Gajardo V. (Chile); Carlos Andrade Marin (Ecuador); Marco Tulio Magaña y Walter Piaggio Garzón (El Salvador); Martha M. Eliot, Elisabeth Shirley Enoch y señor Edward G. True-

blood (Estados Unidos de América); **Dr. Ernesto Cofiño** (Guatemala); **señor Clément Jumelle** (Haití); **Dres. Romualdo Zepeda** (Honduras); **Pedro Daniel Martínez y señor Pedro Cerisola** (Méjico); **Dres. Emilio Lacayo y Alfredo Ramón Guerra** (Nicaragua); **señorita Elsa Griselda Valdés y señor Ernesto B. Fábrega** (Panamá); **Dres. Ricardo Odriosa y Fernando Abente Haedo** (Paraguay); **Otto Fiek Campodónico y Manuel Villar** (Perú); **Rafael Santoni Calero y Miguel Román Pérez** (República Dominicana) **Julio A. Bauzá** (Uruguay) y **Ernesto Vizcarrondo** (Venezuela). Bol.: VI a XII.

Los departamentos técnicos del INSTITUTO. Bol.: 125.

Día de la salud del niño. Wáshington, Estados Unidos de América. Bol.: 156.

Director de la Protección a la Primera Infancia. (Saúl I. Bettinotti). Argentina. Not.: 2.

Director del programa de asistencia materno-infantil (Juan Carlos Andersen. Paraguay). Not.: 77.

Directores generales del INSTITUTO. Doctor Luis Morquio (1927-1935). Doctor Roberto Berro (Desde 1935). Bol.: III.

Discursos de los doctores Gregorio Araóz Alfaro, Roberto Berro y Víctor Escardó y Anaya con motivo de la conmemoración del 25º aniversario del INSTITUTO. Bol.: 162 a 166.

296.000 niños y madres centroamericanos beneficiarse de programas de nutrición de UNICEF. Bol.: 153.

Las Escuelas de Servicio Social de las Américas y sus programas en relación con la protección de la familia y del niño. Por Inés Pedrassa de Leiva. (Chile). Bol.: 350.

Estudiarán dos facultativos la salud de la madre y el niño. Argentina. Not.: 98.

Fondo Internacional de Socorro a la Infancia. Brasil. Not.: 20.

El doctor Gregorio Araóz Alfaro ha sido designado Presidente de Honor de la Unión Internacional de Protección a la Infancia. Bol.: 289.

Hospital gratuito para niños. Rosario, Argentina. Not.: 33.

Informe do delegado técnico do Brasil. (Reunión regional de delegados técnicos en Montevideo). Bol.: 177.

Labor realizada por el INSTITUTO. Por Emilio Fournié. Bol.: 106.

Más de 150.000 niños y víctimas de la sequía en Brasil reciben leche de UNICEF. Bol.: 149.

Nueva seccional del Consejo Venezolano del Niño, en Guanaré. Not.: 95.

Nuevas instituciones de protección materno-infantil. Rosario y Veinticinco de Mayo, Argentina. Not.: 113.

Nuevas seccionales instalará en la República el Consejo Venezolano del Niño. Not.: 64.

Nuevo Hospital de Niños. Memphis, Estados Unidos de América. Not.: 121.

Nuevo hospital infantil. Pachuca, México. Not.: 13.

Nuevos centros asistenciales. Argentina. Not.: 84.

Nuevos centros de asistencia materno-infantil. Provincia de Buenos Aires, Argentina. Not.: 31.

Obras de protección a la infancia inauguradas de enero a octubre de 1951. Venezuela. Not.: 46.

Personal del INSTITUTO. Retrato. Bol.: XII.

Premio del Consejo Vencolano del Niño. Venezuela. Not.: 64.

Primer Departamento materno-infantil. Paraguay. Not.: 108.

El problema del niño abandonado. El Consejo del Niño en el Uruguay. Por Hersilia Camacho de Cadena. Bol.: 295.

Programa de ayuda alimenticia para niños y madres embarazadas. Bolivia. Not.: 98.

Programa de protección materno-infantil. Paraguay. Not.: 29.

Programa materno-infantil. Lima y Pativilca, Perú. Not.: 110.

Programa nacional del niño. Estados Unidos de América. Not.: 58.

Protección a la infancia en el Uruguay. Por Manuela Aracelly Carrillo. Bol.: 419.

Protección a la madre y al niño. Guatemala. Not.: 27.

La protección a la maternidad y a la infancia en el Nordeste del Brasil. Not.: 68.

La protección médico social del prematuro. Por Antonio Panocchia. Bol.: 397.

Puesto de puericultura en el Barrio Renacimiento, en Belo Horizonte. Brasil. Not.: 19.

Puesto de puericultura "Miguel Couto". Pedro de Toledo, Brasil. Not.: 21.

Reunión del Consejo Directivo del INSTITUTO. Not.: 65.

Reunión Regional de delegados técnicos en Montevideo. Not.: 66 y Bol.: 175.

Sala de niños del personal femenino. Buenos Aires, Argentina. Not.: 3.

Semana del Niño Costarricense. Not.: 100.

El Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia. 1952. Por Víctor Escardó y Anaya. Not.: 49, 67 y 81. Bol.: 137 y 265.

Los Seminarios Nacionales de Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Perú, República Dominicana, y Venezuela. Conclusiones y recomendaciones. Bol.: 434.

Servicio de asistencia al niño de Rosario. Argentina Not.: 18.

Situación actual de la niñez en Chile. Por Guillermo Morales Beltrami. Bol.: 205.

Situación de la infancia en el Uruguay. Por Julio A. Bauzá. Bol.: 240.

Tercera Reunión Regional de Delegados Técnicos en México. Bol.: 460.

UNICEF. Programa de alimentación infantil. Not.: 10.

Veinticinco años de actuación del Consejo Directivo y de la Dirección General. Por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 91.

Visión panorámica del Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia. Por Rigoberto Solano Ayala. Bol.: 423.

PROTECCION A LA MUJER

Ampliación de las obras de asistencia materno-infantil. Brasil. Not.: 116.

Asistencia a la madre y al niño en el "Refugio Santa Luisa de Marillac". Medellín, Colombia. Not.: 22.

Asistencia maternal e infantil en Pernambuco. Brasil. Not.: 85.

Asociaciones de protección a la maternidad y a la infancia. Brasil. Not.: 99.

El centro maternal e infantil de la Cruz Roja Boliviana. Not.: 115.

Centro materno-infantil "Gral. Maximino Avila Camacho". Tacubaya, México. Not.: 28.

Dirección de Biopatología de la mujer que trabaja. Buenos Aires, Argentina. Not.: 17.

Maternidad Nuestra Señora de la Gloria. Brasil. Not.: 4.

Nuevas instituciones de protección materno-infantil. Rosario y Veinticinco de Mayo, Argentina. Not.: 113.

Nuevos centros de asistencia materno-infantil. Provincia de Buenos Aires, Argentina. Not.: 3.

Primer Departamento materno-infantil. Paraguay. Not.: 108.

Programa de ayuda alimenticia para niños y madres embarazadas. Bolivia. Not.: 98.

Programa de protección materno-infantil. Paraguay. Not.: 29.

Programa materno-infantil. Lima y Pativilca. Not.: 110.

Protección a la madre y al niño. Guatemala. Not.: 27.

Protección a la maternidad. Brasil. Not.: 86.

Protección a la maternidad. Venezuela. Not.: 110.

Protección de la salud de la mujer que trabaja. Argentina. Not.: 52.

Reglamento de los riesgos de enfermedad y maternidad. Costa Rica. Bol.: 479.

Servicio de Maternidad en el Hospital de Policía. Perú. Not.: 93.

PSICOLOGIA

Análisis preventivo en los Kindergartens. Estados Unidos de América. Not.: 91.

Consultorio de neurología, psicología y psiquiatría infantil en el Policlínico Rawson. Buenos Aires Argentina. Not.: 17.

Consultorio psicológico para madres. Montevideo. Not.: 95.

Sección libros y revistas:

Psicología del niño y del adolescente. Por Louzán-Carbonell.

Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 145.

PUERICULTURA

II Congreso Nacional del Niño. San Salvador, El Salvador. Anuncio y temas. Bol.: 471.

Exposición permanente de puericultura. México. Not.: 107.

Futuro Servicio de Puericultura del Hospital de la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social. Not.: 93.

VI Jornada Brasileña de Puericultura y Pediatría. Belo Horizonte, Brasil. Anuncio y temas. Bol.: 142.

Premio Nestlé de pediatría y puericultura. Brasil. Not.: 88.

Premio Nestlé de pediatría y puericultura. Chile. Not.: 37.

Puesto de puericultura en el Barrio Renacimiento, en Belo Horizonte. Brasil. Not.: 19.

Puesto de puericultura "Miguel Couto". Pedro de Toledo, Brasil. Not.: 21.

Sección libros y revistas:

Anais da III Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatría. Volume I. Puericultura social. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 75.

Infant Care. Children's Bureau. Publication Nº 8. Comentario por Victor Escardó y Anaya. Bol.: 145.

El prematuro. Por José Obes Polleri. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 144.

La puericultura del lactante en España. Por Juan Bosch Marín. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 75.

Segundo premio Nestlé de Pediatría y Puericultura. Cuba. Not.: 70.

Sociedad Colombiana de Puericultura y Cirugía Infantil "José Ignacio Barberi". Not.: 36.

Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Not.: 80.

R**RADIODIFUSION**

Influencia del cine, la radio y la televisión en los escolares. Milwaukee, Estados Unidos de América. Not.: 40.

Sección libros y revistas:

Los grupos móviles de cine y radio en la educación fundamental. Film Centre de Londres. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 78.

RAMON GUERRA, Alfredo

Cambios de delegados del INSTITUTO. Bol.: 59.

Delegados actuales de Nicaragua ante el INSTITUTO. Doctores Emilio Lacayo y Alfredo Ramón Guerra. Retratos. Bol.: X.

Nuevo Director Interino del Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil "Dr. Luis Morquio". Montevideo. Not.: 62.

RELACIONES INTERNACIONALES

Centro Interamericano para la formación de maestros rurales establecerá OEA en Venezuela. Not.: 127.

Clubes panamericanos. Tocopilla, Chile. Not.: 8.

Organismo internacional cultural de primordial importancia se instaló en México. Not.: 123.

REPUBLICA DOMINICANA

B.C.G. en el hospital maternidad de Ciudad Trujillo. Not.: 14.

Concierto para niños. Ciudad Trujillo. Not.: 15.

I Convención de Odontología Infantil. Ciudad Trujillo. Not.: 45.

Delegados actuales de la República Dominicana ante el INSTITUTO. Doctores Rafael Santoni Calero y Miguel Román Pérez. Retratos. Bol.: XI.

Intensificación de la campaña de vacunación B.C.G. Not.: 61.

Primera colonia escolar de verano en la República Dominicana. Boca Chica. Not.: 15.

La protección médico social del prematuro. Por Antonio Panocchia. Bol.: 397.

Los Seminarios Nacionales de Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Perú, República Dominicana, y Venezuela. Conclusiones y recomendaciones. Bol.: 434 y 457.

Tercera Reunión Regional de Delegados Técnicos en México Bol.: 460.

RETRATOS Véase: LAMINAS

REUMATISMO

Coordinación de la lucha contra el reumatismo infantil. Argentina. Not.: 2.

Servicios contra enfermedades cardiovasculares y reumatismo infantil. Argentina. Not.: 18.

RODRIGUEZ, María Luisa Saldún de

Delegados actuales de Cuba ante el INSTITUTO. Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez y Félix Hurtado. Retratos. Bol.: VII.

RODRIGUEZ EXPOSITO César

Finlay. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 72.

ROMAN PEREZ, Miguel

Delegados actuales de la República Dominicana ante el INSTITUTO. Doctores Miguel Román Pérez y Rafael Santoni Calero. Retratos. Bol.: XI.

ROUX, Alfredo

Cambios de delegados del INSTITUTO. Bol.: 59.

RUEDA, Pedro

La atención del niño en la República Argentina. Bol.: 10.

RUIZ SOTO, Elba

Breves apuntes de nuestra labor social. Recuerdo del Seminario. Bol.: 416.

RURAL

Centro Interamericano para la formación de maestros rurales establecerá la OEA en Venezuela. Not.: 127.

Concentración de maestros rurales. Comayagüela, Honduras. Not.: 123.

Creación del Ministerio de Asuntos Campesinos. Bolivia. Bol.: 379.

Método de la escuela rural. Guatemala. Not.: 10.

Servicio ambulante rural de extensión cultural. Quito, Ecuador. Not.: 103.

S

SAENZ HERRERA, Carlos

Delegados actuales de Costa Rica ante el INSTITUTO. Doctor Carlos Sáenz Herrera y profesor Emilio Verdesio. Retratos. Bol.: VI.

SALCEDO F., Manuel

Asistencia internacional a la infancia. UNICEF en América. Bol.: 17.

Cambios de delegados del INSTITUTO. Bol.: 59.

SANTONI CALERO, Rafael

Delegados actuales de la República Dominicana ante el INSTITUTO. Doctor Rafael Santoni Calero y señor Miguel Román Pérez. Retratos. Bol.: XI.

SALUD PUBLICA

Campañas higiénicas y sanitarias. Ecuador. Not.: 119.

Centro Panamericano Antiaftosa. São Bento, Brasil. Not.: 5.

I Congreso Interamericano de Sanidad Pública. Habana, Cuba. Not.: 118.

Diez años de labor del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Paraguay. Not.: 124.

Educación sanitaria. Haití. Not.: 75.

Nuevos servicios médicos del seguro social. Venezuela. Not.: 16. **Salud pública.** Panamá. Not.: 29.

Servicio Municipal de Sanidad Infantil. Argentina. Not.: 34.

SEGUROS

Nuevos servicios médicos del seguro social. Venezuela. Not.: 16.

Reglamento de los riesgos de enfermedad y maternidad. Costa Rica. Bol.: 379.

Sección libros y revistas:

Tratado comparado de seguridad social. Por Carlos Martí Buñol. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 473.

La seguridad social relativa a la maternidad. Bolivia. Not.: 52.

Seguro de maternidad. México. Not.: 28.

SEMINARIOS

Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia dirigido por el INSTITUTO. Por el doctor Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 265. Programa Not.: 49; Inauguración. Not.: 67; Clausura Not.: 81 y Bol.: 137. Trabajos presentados al Seminario:

Algunas observaciones de la División Primera Infancia. Por Aída Fernández de Troyo. (Costa Rica). Bol.: 408.

Breves apuntes de nuestra labor social. Recuerdo del Seminario. Por Elba Ruiz Soto. (Costa Rica). Bol. 416.

Casas-cunas externas. Generalidades. Su función médico-social. Por Rogelio Decanio D. (Venezuela). Bol.: 402.

Comentarios sobre algunos temas desarrollados en el Seminario verificado en el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Por Delia de León de Castillo y Jilma Grimaldo de Prada. (Panamá). Bol.: 428.

La Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa en el Uruguay. Por Elena Moure. (Cuba). Bol.: 324.

Cunas maternales. Relaciones de las cunas maternales con los niños, con la familia y con la comunidad. Normas generales para su funcionamiento. Por Alfredo Corzano Arciniega. (Perú). Bol.: 372.

Las escuelas de Servicio Social de las Américas y sus programas en relación con la protección de la familia y del niño. Por Inés Pedrasa de Leiva. (Chile). Bol.: 350.

El problema del niño abandonado. El Consejo del Niño en el Uruguay. Por Hersilia Camacho de Cadena. (Colombia). Bol.: 295.

Protección a la infancia en el Uruguay. Por Manuela Aracelly Carrillo. (El Salvador). Bol.: 419.

La protección médico social del prematuro. Por Antonio Pannochia. (República Dominicana). Bol.: 397.

Los sistemas de colocación familiar, adopción y legitimación adoptiva en el Uruguay. Por Carlos Humberto Páez. (Ecuador). Bol.: 366.

Visión panorámica del Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia. Por Rigoberto Solano Ayala (El Salvador). Bol.: 423.

Seminario Interamericano de Educación Vocacional. Maryland, Estados Unidos de América. Bol.: 156.

Los Seminarios Nacionales de Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Perú, República Dominicana, y Venezuela. Conclusiones y recomendaciones. Bol.: 434.

SERVICIO SOCIAL

III Congreso Panamericano de Servicio Social. México. Su suspensión. Not.: 42.

Educación para el trabajo social. Estados Unidos de América. Not.: 122.

Las escuelas de Servicio Social de las Américas y sus programas en relación con la protección de la familia y del niño. Por Inés Pedraza de Leiva. Bol.: 350.

Patronato de Servicio Social. Cuba. Not.: 70.

SOLANO AYALA, Rigoberto

Visión panorámica del Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia. Bol.: 423.

T

TEATRO INFANTIL

Teatro infantil de El Salvador. Not.: 54.

TOXICOLOGIA

Sección libros y revistas:

Nuevos capítulos sobre el cocaísmo en Colombia Por Jorge Bejarano. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 475.

TRABAJO

Aumento en el número de jóvenes trabajadores. Estados Unidos de América. Not.: 72.

V Conferencia Regional de la Oficina Internacional del Trabajo. Río de Janeiro, Brasil. Bol.: 66.

II Congreso Americano de Medicina del Trabajo. Río de Janeiro, Brasil. Bol.: 282.

Derogaciones a las leyes estatales sobre trabajo de mujeres y menores. Estados Unidos de América. Not.: 9.

Dirección de Biopatología de la mujer que trabaja. Buenos Aires, Argentina. Not.: 17.

Protección de la salud de la mujer que trabaja. Argentina. Not.: 52.

Sociedad de Medicina del Trabajo. Montevideo. Consejo Directivo. Not.: 15.

Un típico centro de "Acción Juvenil". Waukegan, Estados Unidos de América. Not.: 57.

Trabajo indígena en Bolivia. Not.: 4.

TROYO, Aída Fernández de

Algunas observaciones de la División Primera Infancia. Bol.: 408.

TRUEBLOOD, Edward G.

Delegados actuales de los Estados Unidos de América ante el INSTITUO. Doctoras Martha M. Eliot, Elisabeth Shirley Enochs y señor G. Trueblood. Retratos. Bol.: VIII.

TUBERCULOSIS

B.C.G. en el Hospital Maternidad de Ciudad Trujillo, República Dominicana. Not.: 14.

La Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa en el Uruguay. Por Elena Moure. Bol.: 324.

VI Curso de perfeccionamiento en tisiología. Córdoba, Argentina. Not.: 84.

Intensificación de la campaña de vacunación B.C.G. República Dominicana. Not.: 61.

Se crearán nuevos centros tisiológicos en los departamentos. Uruguay. Not.: 63.

Servicio de vacunación BCG de la Fundación Ataulpho de Paiva para los recién nacidos. Not.: 20.

Vacuna BCG. Brasil. Not.: 86.

U

UN Véase: NACIONES UNIDAS

UNESCO Véase: NACIONES UNIDAS. ORGANIZACION PARA LA EDUCACION, LA CIENCIA Y LA CULTURA.

UNICEF Véase: NACIONES UNIDAS. FONDO INTERNACIONAL DE SOCORRO A LA INFANCIA.

URUGUAY

Algunas observaciones de la División Primera Infancia. Por Aída Fernández de Troyo. Bol.: 408.

Asociación Nacional para el Niño Lisiado. Not.: 126.

Comentarios sobre algunos temas desarrollados en el Seminario verificado en el Instituto Internacional Americano de Protec-

ción a la Infancia. Por Delia de León de Castillo y Jilma Grimaldo de Prada. Bol.: 428.

La Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa del Uruguay. Por Elena Moure, Bol.: 324.

Conferencia Nacional de Seguridad. Not.: 61.

Congreso de Inspectores de la Enseñanza Primaria. Montevideo. Not.: 80.

Consultorio psicológico para madres. Not.: 95.

Cruz Roja Uruguaya. Cambio de autoridades. Not.: 79.

Cursos para los clubes de niños agrarios. Paysandú. Not.: 45.

Fundación Luis Morquio. Tercer concurso de trabajos. Not.: 31 y Bol.: 481.

INSTITUTO Véase: INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA

Mortalidad peri-natal y mortalidad infantil en el Uruguay. Por Julio A. Bauzá. Bol.: 27.

Nuevo Director interino del Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil "Dr. Luis Morquio". Not.: 62.

El problema del niño abandonado. El Consejo del Niño en el Uruguay. Por Hersilia Camacho de Cadena. Bol.: 295.

Protección a la infancia en el Uruguay. Por Manuela Aracelly Carrillo. Bol.: 419.

Sección libros y revistas:

El prematuro. Por José Obes Polleri. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 144.

Psicología del niño y del adolescente. Por Louzán-Carbonell. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 145.

Se crearán nuevos centros tisiológicos en los departamentos. Not.: 63.

Sociedad de Medicina de Trabajo. Consejo Directivo 1951-52. Not.: 15.

Sociedad Uruguaya de Nipología. Not.: 110.

Sociedad Uruguaya de Pediatría. Not.: 62.

Visión panorámica del Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia. Por Rigoberto Solano Ayala. Bol.: 423.

V

VACUNA

Inmunización antidiftérica. Santa Fe, Argentina. Not.: 2.

Intensificación de la campaña de vacunación B.C.G.. República Dominicana. Not.: 61.

Servicio de vacunación B.C.G. de la Fundación Ataulpho de Paiva para los recién nacidos. Not.: 20.

Vacuna B.C.G. Brasil. Not.: 86.

Vacunación difteria pertusis. Santiago. Not.: 102.

VALDES, Elsa Griselda
Delegados actuales de Panamá ante el INSTITUTO. Señorita Elsa Griselda y señor Ernesto B. Fábrega. Retratos. Bol.: X.

VALENZUELA, Rogelio H
Manual de pediatría. Comentario por Víctor Escardó y Anaya. Bol.: 77.

VENEZUELA
Biblioteca ambulante para la urbanización "Delgado Chalbaud". Not.: 96.

Bibliotecas ambulantes. Not.: 111.

Casas cunas externas. Generalidades. Su función médico-social. Por Rogelio Decanio D. Bol.: 402.

Centro Interamericano para la formación de maestros rurales establecerá la OEA en Venezuela. Not.: 127.

Colonia hogar "Carmania". Not.: 32.

Construcción de un internado para niños. Maracaibo. Not.: 63.

Creación de un parque infantil. Punto Fijo. Not.: 63.

"Del Congreso de Panamá a la Conferencia de Caracas. 1826-1953". Bases del concurso. Bol.: 480.

Delegado actual de Venezuela ante el INSTITUTO. Doctor Ernesto Vizcarrondo. Retrato. Bol.: XII.

Fondo Nacional de la Cruz Roja de la Juventud. Not.: 111.

Nueva seccional del Consejo Venezolano del Niño, en Guanaré. Not.: 95.

Nuevas seccionales instalará en la República el Consejo Venezolano del Niño. Not.: 64

Nuevos campamentos para muchachos. Petare. Not.: 16.

Nuevos servicios médicos del seguro social. Not.: 16.

Obras de protección a la infancia inauguradas de enero a octubre de 1951. Not.: 46.

Plan nacional de edificaciones escolares. Not.: 96.

Premio del Consejo Venezolano del Niño. Not.: 64.

Protección a la maternidad. Not.: 110.

Sección libros y revistas:
Luis Razetti o biografía de la superación. Por Ricardo Archila. Comentario por Roberto Berro. Bol.: 476.

Los Seminarios Nacionales de Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, Perú, República Dominicana, y Venezuela. Conclusiones y recomendaciones. Bol.: 434 y 458.

Sesión panamericana preparatoria del III Congreso Internacional de Defensa Social. Caracas. Not.: 112.

Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Cambio de delegados. Not.: 80.

VERDESIO, Emilio

Delegados actuales de Costa Rica ante el INSTITUTO. Doctor Carlos Sáenz Herrera y profesor Emilio Verdesio. Retratos. Bol.: VI.

VILLAR, Manuel

Delegados actuales del Perú ante el INSTITUTO. Doctores Otto Fiek Campodónico y Manuel Villar. Retratos. Bol.: XI.

VIVAR, Víctor E.

Pedagogía nueva. Comentario por Emilio Fournié. Bol.: 477.

VIVIENDA

Centro Interamericano Experimental y de Adiestramiento en Vivienda. Bogotá, Colombia. Not.: 6.

Vivienda experimental. Bolivia. Not.: 34.

VIZCARRONDO, Ernesto

Delegado actual de Venezuela ante el INSTITUTO. Doctor Ernesto Vizcarrondo. Retrato. Vol.: XII.

Z

ZEPEDA Romualdo B.

Delegado actual de Honduras ante el INSTITUTO. Doctor Romualdo B. Zepeda. Retrato. Bol.: IX.

PARA LA DIETÉTICA INFANTIL

LACTOGENO

Leche en polvo, modificada, de composición semejante a la leche de mujer.

NESTOGENO

Leche semidescremada, en polvo, con cuatro azúcares: lactosa, sacarosa, dextrina y maltosa.

ELEDON

"Babeurre" en polvo. (Leche semidescremada ácida).

PELARGON

Leche acidificada en polvo. (Leche tipo Marriott).

MALTOSA - DEXTRINA "NESTLE"

Azúcar de composición equilibrada para la dietética infantil.

. ALICERON

Harina de cinco cereales, dextrino-malteada y tostada.

NESTUM

Alimento a base de cereales precocidos, con agregado de vitaminas y sales minerales.

CERELAC

(Harina lacto-amidodiastasada)

Para la papilla "lactofarinácea", de preparación instantánea.

MANZARINA

Alimento en polvo, a base de harina de trigo, manzana, leche entera y azúcar.

Contiene vitaminas A, B₁ y D.

NESTLE

AL SERVICIO DE LA INFANCIA

Literatura especializada a disposición de los Señores Médicos que la soliciten por correo a Soriano 1099 — Montevideo

Teléfono: 9-18-50

Canje - Echange - Exchange

Solicitamos en canje el envío de libros, folletos, revistas, estadísticas, etc., etc.; en particular aquellos que contengan leyes, decretos, estatutos, o que traten los problemas del niño en sus aspectos de higiene, asistencia, médico, social, de enseñanza, etc.

Nous prions de nous envoyer en échange des livres, brochures, revues, statistiques, etc., en particulier ceux contenant des lois, décrets, statuts, ou s'occupant des problèmes de l'enfant sous ses aspects hygiéniques, d'assistance, médicaux, sociaux, d'enseignement, etc.

In exchange we request the remittance of books, pamphlets, magazines, etc., particularly those containing statistics, laws, constitutions and regulations treating the child problem from its different aspects of hygiene, protection, education, medical, social, etc.

BOLETIN DEL Instituto Internacional Americano DE Protección a la Infancia

PUBLICACION TRIMESTRAL
Avda. 18 de Julio N.º 1648 — Montevideo (Uruguay)

PRECIO DE SUSCRIPCION

En el Uruguay

Valor del tomo (4 números)	\$	3.00
» » número suelto	»	0.75
<i>En los demás países</i>		
Valor del tomo (4 números)	dólares	2.00
» » número suelto	»	0.50

PRIX D'ABONNEMENT

A l'Uruguay

Prix du volume (4 numéros)	\$	3.00
» d'un numéro	»	0.75
<i>Dans les autres pays</i>		
Prix du volume (4 numéros)	dollars	2.00
» d'un numéro	»	0.50

SUBSCRIPTION PRICES

In Uruguay

One volume (four numbers)	\$	3.00
Single number	»	0.75

In other countries

One volume (four numbers)	dollars	2.00
Single number	»	0.50

AGENTES AMERICANOS

PALACIO DEL LIBRO. Buenos Aires, Calle Maipú, 49.

LIVRARIA ODEON. Río de Janeiro, Avenida Río Branco, 157.

CENTRAL DE PUBLICACIONES. Santiago, Chile, Catedral 1417.

GOUBAUD y Cía. Ltda. (Sucesor), Guatemala C. A.

LIBRERIA Y PAPELERIA INTERNACIONAL. Asunción, calle Palma 78.

LIBRERIA PERUANA. Lima, Filipinas, 546.

EDITORIAL GONZALEZ PORTO. Caracas, Santa Capilla a Mijares, Edificio San Mauricio.